Nº 229 - TOMO 415 23 DE DICIEMBRE DE 2002



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIARIO DE SESIONES DE LA CAMARA DE SENADORES

TERCER PERIODO ORDINARIO DE LA XLV LEGISLATURA

76ª SESION EXTRAORDINARIA

PRESIDEN EL SEÑOR LUIS HIERRO LOPEZ
(Presidente)

EL SEÑOR SENADOR DOCTOR GUILLERMO GARCIA COSTA
(Primer Vicepresidente)

Y EL SEÑOR SENADOR DOCTOR RUBEN CORREA FREITAS
(Segundo Vicepresidente)

ACTUAN EN SECRETARIA LOS TITULARES SEÑOR MARIO FARACHIO Y ARQUITECTO HUGO RODRIGUEZ FILIPPINI

Concurren, especialmente invitados: el señor Ministro de Salud Pública, Dr. Alfonso Varela; el señor Subsecretario, Cr. Luis Alvarez; el señor Director General, Dr. Miguel Toma; la señora Directora Nacional de Salud, Dra. Ofelia López y el señor Director de ASSE Dr. Ciro Ferreira.

SUMARIO

---

1) TEXTO DELA CITACION

"Montevideo, 20 de diciembre de 2002.

La CAMARA DE SENADORES se reunirá en sesión extraordinaria, el próximo lunes 23, a la hora 16, a fin de hacer cesar el receso, a los efectos de recibir el informe del señor Ministro de Salud Pública doctor Alfonso Varela de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 de la Constitución de la República, sobre la situación de la salud tanto en el ámbito público como el privado y las políticas implementadas por el Poder Ejecutivo en el área de la salud.

Hugo Rodríguez Filippini
Secretario

Mario Farachio
Secretario.**"**

2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores Senadores **Antonaccio, Arismendi, Astori, Barrios Tassano, Brause, Cid, Correa Freitas, Couriel, de Boismenu, Fernández Huidobro, Gallinal, Garat, García Costa, Gargano, Heber, Herrera, Korzeniak, Larrañaga, Michelini, Millor, Mujica, Nin Novoa, Núñez, Pereyra, Pou, Riesgo, Rubio, Sanabria, Scarpa** y **Xavier.**

FALTAN: con licencia, los señores Senadores **Singer** y **Virgili.**

3) LEVANTAMIENTO DEL RECESO

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 22 minutos.)

- El Senado ha sido convocado para recibir el informe del señor Ministro de Salud Pública, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 de la Constitución de la República, sobre la situación de la salud en los ámbitos público y privado y las políticas implementadas por el Poder Ejecutivo en el área de la salud.

Se va a votar si el Senado desea levantar el receso para considerar el asunto motivo de la convocatoria.

(Se vota:)

- 24 en 24. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

4) SOLICITUD DE LICENCIA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dése cuenta de una solicitud de licencia.

(Se da de la siguiente:)

"El señor Senador Singer solicita licencia los días 23 y 24 de diciembre."

- Léase.

(Se lee:)

"Montevideo, 23 de diciembre de 2002.

Señor Presidente del Senado
Don Luis Hierro López
Presente

Señor Presidente:

Vengo a solicitar licencia por razones de salud los días 23 y 24 de diciembre. Acompaño la constancia médica correspondiente.

Sin otro particular, saludo a usted con mi particular estima.

Juan Adolfo Singer, Senador."

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

- 18 en 18. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

5) INTEGRACION DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Dése cuenta de varias notas de desistimiento.

(Se da de las siguientes:)

"Los doctores Lago y Bonilla comunican que, por esta vez, no aceptan la convocatoria de que han sido objeto."

- Corresponde convocar al señor Senador Antonaccio, quien ya ha prestado el juramento de estilo por lo que, si se encuentra en Antesala, se le invita a pasar al Hemiciclo.

(Ingresa a Sala el señor Senador Antonaccio)

6) SITUACION DE LA SALUD EN LOS AMBITOS PUBLICO Y PRIVADO Y POLITICAS IMPLEMENTADAS POR EL PODER EJECUTIVO EN EL AREA DE LA SALUD

SEÑOR PRESIDENTE.- El Senado pasa a considerar el único asunto que figura en el Orden del Día: "Recibir el informe del señor Ministro de Salud Pública, doctor Alfonso Varela, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 de la Constitución de la República, sobre la situación de la salud, tanto en el ámbito público como el privado y las políticas implementadas por el Poder Ejecutivo en el área de la salud."

SEÑOR RIESGO.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR RIESGO.- Formulo moción para que el Cuerpo autorice el ingreso del señor Director General de ASSE, de la señora Directora Nacional de Salud y del señor Director General del Ministerio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota:)

- 24 en 24. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Pueden ingresar los señores Directores del Ministerio de Salud Pública.

(Ingresan a Sala el señor Ministro de Salud Pública y los señores Directores del Ministerio de Salud Pública)

Tiene la palabra la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- En primer lugar, quiero hacer una breve reseña. A partir de la Constitución de 1934, nuestro país incorpora en la Carta el actual artículo 44, que establece la actuación del Estado respecto a la asistencia a la salud. Dicho artículo comete al Poder que integramos, el deber de legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, a fin de procurar el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Esta disposición constitucional fue innovadora en su época, puesto que recién en 1946, a partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud, se establece el nuevo concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de afección o enfermedad.

El mismo año en que se introdujo este concepto de salud en nuestra Carta, se sanciona la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública, que pone a cargo del Poder Ejecutivo la organización y dirección de los servicios de asistencia e higiene. Luego de diversos procesos de reorganización de los cometidos a cargo de la referida Secretaría de Estado, teniendo en cuenta el carácter esencial de los cometidos referidos a la higiene y servicio eminentemente sociales, se dicta el decreto 348/97 que determina las actividades sustanciales a cargo del inciso 12 que, entre otras, son: definir las políticas de salud a nivel nacional, diseñar e implementar planes de salud, vigilar el estado sanitario y nutricional de la población, dictar normas en las áreas de medicamentos, alimentos y control de salud ambiental, regular y controlar el funcionamiento de todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, garantizar una cobertura universal en salud a toda la población del país y establecer una política de mantenimiento de la red hospitalaria.

La razón por la que realizamos esta interpelación, señor Presidente, reside concretamente en que el Ministerio de Salud Pública, directo responsable de llevar a cabo los cometidos señalados, no los cumple o lo hace tardíamente o en forma defectuosa. Quiero que quede bien claro: aquí nos estamos refiriendo a la salud, un derecho humano fundamental, plasmado en el pacto de los derechos económicos, sociales y culturales aprobados por las Naciones Unidas en 1966, y ratificado por Uruguay a través de la Ley Nº 13.751, de 11 de julio de 1969. A través de este instrumento internacional, los Estados firmantes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, comprometiéndose a adoptar las medidas pertinentes a fin de crear, entre otras cosas, condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y servicios en caso de enfermedad.

En mi calidad de Legisladora, mujer y médica, me siento

absolutamente comprometida con el objetivo propuesto a efectos de que todos los habitantes de mi país tengan garantizado el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento de las normas de higiene. En ese sentido, quiero ser muy precisa: esta interpelación tiene como objetivo fundamental defender el derecho de quienes reciben las prestaciones de salud, los beneficiarios de la asistencia de salud pública, los usuarios de los servicios privados y, en general, de todos los habitantes del país que deben ser protegidos con medidas de higiene adecuadas.

Como último aspecto de esta breve introducción y habiendo tomado conocimiento de la existencia de manifestaciones de algún señor Senador integrante de la Cámara de Representantes que ponen en duda la necesaria objetividad que debe tener un Legislador o una Legisladora a la hora de interpelar, en razón de mi pertenencia al gremio que nuclea a los médicos, el Sindicato Médico del Uruguay, solicito -y, más que solicitar, demando- que el Cuerpo se pronuncie respecto a que esta interpelación al señor Ministro de Salud Pública no constituye ninguna conmixtión ilegítima de intereses, ni siquiera una indelicadeza. No tenemos dudas en cuanto a que ni siquiera constituye una indelicadeza, porque siempre priorizaremos, bajo cualquier condición, nuestro carácter de Representante de la ciudadanía frente a nuestro interés profesional. Entendemos que no podemos comenzar con esta interpelación si el Cuerpo no está de acuerdo con esta postura. Por ello, reitero al señor Presidente mi demanda para que, de acuerdo con el artículo 97 del Reglamento del Senado, se vote el respaldo a todos los efectos de la compatibilidad de esta interpelación con mi carácter e incumbencias como profesional de la medicina.

SEÑOR MILLOR.- ¿Me permite una interrupción señora Senadora?

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de concederle la interrupción al señor Senador, vamos a votar si corresponde o no que la señora Senadora Xavier, de acuerdo al artículo 97 del Reglamento del Senado, continúe con su exposición.

Se va a votar si el Senado autoriza a la señora Senadora Xavier a continuar con su exposición.

(Se vota:)

- 24 en 26. **Afirmativa.**

¿La señora Senadora Xavier autoriza la interrupción solicitada por el señor Senador Millor?

SEÑORA XAVIER.- Con mucho gusto, le concedo la interrupción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador Millor.

SEÑOR MILLOR.- Señor Presidente: no acostumbro a interrumpir a los miembros interpelantes, menos cuando recién comienzan su exposición, pero sucede que tomo el planteamiento de la señora Senadora Xavier como una delicadeza. Es decir, como un gesto de gentileza y amabilidad para con el Cuerpo, pero no era necesario. En tal sentido, pienso que si la señora Senadora Xavier en su condición de médica no puede opinar o interpelar a un señor Ministro en un tema relacionado con la salud, personalmente, por mi condición de abogado -aunque no ejerzo-, sencillamente no podría legislar. En principio, los abogados vivimos de las leyes. Entonces, la situación será harto delicada y, por lo tanto, considero que el planteamiento de la señora Senadora Xavier es innecesario y lo tomo como una amabilidad o un gesto gentil de su parte, pero insisto que no creo que haya en este tema ningún tipo de incompatibilidades.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Hemos impulsado esta interpelación al señor Ministro de Salud Pública, dado lo que para nosotros es la caótica situación en que se encuentra el sistema de salud en nuestro país. Sentimos la necesidad de interpelarlo, porque estamos cansados de los reiterados diagnósticos que siempre hablan, una y otra vez, de lo mismo, es decir, de la ineficacia en la toma de decisiones que apunten a dar solución a este caos.

Estamos interpelando al señor Ministro en calidad de responsable político de un Gobierno que sigue gastando mucho y mal, y que no hace ningún gesto útil para afrontar los más que serios problemas de equidad que tiene este sistema. El mismo ha consolidado varios tipos de atención médica muy diferenciada: atención para pobres, para no tan pobres y para ricos. El señor Ministro sabrá que todos ellos están vinculados a un modelo y los técnicos de su propio partido repiten en todo lugar, como nosotros, que este modelo está perimido y que no se hace suficiente promoción de salud ni protección de la misma, como todo el mundo reclama. También se dice que pone énfasis, fundamentalmente, en lo curativo y en la sobreutilización de alta tecnología.

Estamos interpelando al señor Ministro de Salud Pública porque los usuarios carentes de información calificada, objetiva, seria, respetuosa, avalada y certificada por organismos competentes, junto a los trabajadores de la salud -a los cuales se les deben salarios y ven perder sus fuentes de trabajo- asisten, atónitos, a un despliegue mercantilizado y, seguramente, nada barato, de propaganda en los grandes medios. Por ejemplo, determinadas empresas compiten ferozmente con otras por apropiarse de los socios que van quedando sin cobertura ante el cierre de las mutualistas.

Estamos interpelando al señor Ministro de Salud Pública porque a los usuarios, en general, no se les dispensa la

atención con la equidad y calidad que se merecen, y que este país puede y debe brindar, cuando se enferman y no tienen una bolsa de dinero en su casa o en la banca extranjera -es decir fuera del corralito-, o no consiguen los insumos necesarios en el susbsistema público - y recorren las farmacias de los hospitales, centros de salud y policlínicas municipales- o se ven enfrentados, en las mutualistas, a copagos, recaudadores y limitacionistas no encontrando la necesaria accesibilidad que define, entre otras cosas, las bondades que un sistema de salud debe brindar.

Este modelo de salud se ha convertido en lo opuesto a la concepción del sistema, entendido éste como la armonía de las distintas partes, de las cuales surge un producto superior a la suma de cada una de ellas aisladamente. A nuestro juicio, lo que llamamos sistema de salud, en nuestro país está muy lejos de serlo. Se pierde el tiempo y las oportunidades de tomar medidas que le cambien el rumbo a esta superposición y descoordinación de recursos despilfarrados dramáticamente. ¿Esto es producto de una falta de ideas, de una falta de voluntad de Gobierno, o hay atrás una intencionalidad política que apunta a generar otro sistema de salud, diferente al que tenemos y al que hay que mejorar? ¿No se estará pensando en otro sistema de salud desarrollado, como el que ya existe en otros países, muy cerca del nuestro? ¿No se estará pensando en otro sistema de salud basado en la privatización de efectores y con financiamiento ni solidario ni equitativo, sino en función de la capacidad de pago de la regulación del mercado y atento a la lógica de los seguros privados, que giran como grandes multinacionales? ¿No será que, a partir de la situación actual, para instalar ese otro modelo, se pretende terminar de destruir el modelo perfectible y mejorable que hoy tenemos? ¿No se tratará de terminar de liquidar la potencialidad de nuestro subsector público y las virtudes de nuestro mutualismo al que hay que ayudar, no con palabras sino con hechos?

Estamos interpelando al señor Ministro porque en el momento en que se produce el derrumbe de todo este sistema, que no da para más, se suceden ausencias, silencios, cuando no arrogancia, mal talante y la total ineficacia para iniciar reformas en el mismo. La idea es unánime, señor Ministro: hay que cambiar. Lo dicen todos, los de afuera y los de adentro. La gente que desde hace años está en los temas de salud ve cómo se suceden Ministros, asesores, más asesores y más contratos para asesores y, sin embargo, no cambia nada. Cada vez estamos peor y por eso lo estamos interpelando. Formalmente lo hacemos en el marco del artículo 119 de la Constitución de la República, lo hacemos también con lealtad institucional, con responsabilidad política y con el firme compromiso con el pueblo uruguayo que caracteriza a nuestra fuerza política. En el caso específico del área de la salud, han sido innumerables los pronunciamientos advirtiendo sobre el progresivo deterioro del funcionamiento del sistema y proponiendo medidas para revertirlo.

Finalmente, no ocultamos, como lo hemos dicho anteriormente, que encaramos esta interpelación con una profunda preocupación y sensibilidad emanada de nuestra condición de mujer, de médico y de integrante de la Comisión de Salud Pública del Senado, conformada por varios señoras y señores Senadores que -con visiones muy distintas, seguramente- sobre muchos temas hemos debido posponer tareas específicamente legislativas para recibir durante estos últimos meses a decenas y decenas de delegaciones de usuarios, de trabajadores, de empresarios y de académicos que denunciaron, con una abrumadora coincidencia, difícil de ver en otros temas, la desastrosa situación en cada una de las áreas vinculadas a este Ministerio.

Vamos a hacer rápidamente un listado de alguno de los temas que desarrollaremos posteriormente y que caracterizan o definen lo que hemos dado en llamar “situación de emergencia en la atención sanitaria en el marco de la crisis estructural del sistema”.

Actualmente, el aumento sostenido en el gasto de salud está en torno al 11% del Producto Bruto Interno, es decir, unos U$S 2:200.000 anuales.

Juntamente con esto hay más insatisfacción del usuario, indicadores que no reflejan ese aumento del gasto, atención cada vez más fragmentada, e inequidad en las prestaciones y en el financiamiento entre los subsistemas, y dentro de cada uno de ellos.

El subsector privado gasta dos veces y media más por usuario, que el subsector público. Estamos hablando de setecientos dólares anuales per cápita para los afiliados a las IAMC frente a no más de doscientos cincuenta dólares por usuario en el subsector público.

Existe, asimismo, falta de impulso y de liderazgo de la autoridad Sanitaria, es decir, del Ministerio de Salud Pública, para dar pasos concretos hacia un cambio del modelo de atención a la salud del país.

Estamos hasta “el tope” de discursos, documentos, comisiones, encuentros y proyectos. El cambio de modelo de atención requiere de muchas más cosas que eso, es decir, de voluntad política, de liderazgo, y eso en este caso no ha existido.

Las experiencias que se han dado -que seguramente se relaten- son puntuales, aisladas y dependientes, las más de las veces de fuertes apoyos internacionales, sin dejar de reconocer la fuerte vocación y compromiso personal de muchos de los técnicos que las encaran. La participación comunitaria, de los usuarios y de los trabajadores en la planificación, organización, evaluación y control de estos proyectos, sigue siendo una excepción. Con cada nuevo Ministro y equipo, las promesas se renuevan. Estamos seguros de que en esta oportunidad, durante esta interpelación, habrá nuevas promesas al respecto.

La falta de voluntad política de la autoridad sanitaria para abordar estos temas, sin embargo -y lamentablemen-

te- no ha operado para otros; en estos ha operado, y vamos a destacar cuáles son.

Mutualistas: todas se encuentran en situación deficitaria, algunas ya cerradas y otras en período de liquidación. Con cada Ministro que llega, se van cerrando mutualistas. El cierre de MIDU y COMAEC coincidió con la administración del anterior Ministro, y durante la actual gestión lo hicieron Central Médica y OCA Larghero.

Déficit acumulado en el sector privado: quinientos millones de dólares correspondientes a pasivos con la industria, con trabajadores médicos y no médicos y con el sistema financiero.

Plan de fortalecimiento del sector mutual: proyecto con financiamiento del BID. Se suceden dos años con idas y venidas, asesores internacionales y nacionales, auditorías contables, asistenciales, organizacionales con estatutos tipo, cientos de horas de reuniones con instituciones, gremios y equipos de trabajo; al final de un interminable periplo, aprobados unos cuantos proyectos de viabilidad, no se ha adjudicado un solo dólar al sector mutual. Todos recordarán que, al principio, se lo había aspirado todo el Banco Central; después, había un 50% de los U$S 70:000.000 acordados, pero a la fecha no se ha concretado nada. Decimos esto por si a último momento, bajo el estímulo de esta interpelación, aparecen los recursos, y parece que así será.

Empleos perdidos: desde 1999, en el ámbito de los trabajadores de la salud privada, se perdieron 3.000.

¿Qué pasa con los derechos de los trabajadores y con el perjuicio de las finanzas del BPS? Se produce la precarización del empleo y aparecen nuevas flexibilidades y modalidades de contratos, acordados o impuestos por la fuerza que da la crisis, a veces complementarios de modalidades tradicionales de empleo en relación de dependencia, tanto en el sector público como en el privado. ¿Vale todo a la hora de bajar los costos salariales?

Atrasos salariales: promedio de seis meses que involucran, prácticamente, a todas las IAMC. Para este fin de año se proyecta -sumando atrasos salariales, aguinaldos, salario vacacional e inexistencia de ajustes desde enero de 2001- la suma de cinco millones seiscientos mil dólares.

Desafiliaciones del sistema mutual: más de 200.000, evaluado por las cuotas que perdió el Fondo Nacional de Recursos desde 1999.

Población que al día de la fecha no tiene cobertura formal: 12%. Estamos hablando de 360.000 compatriotas que resultan de la suma de la población marginalizada en ascenso, más un porcentaje de los usuarios de las IAMC que, por imposibilidad de mantenerse en ellas, se borran.

Inequidad del financiamiento del subsector mutual expresado en la cuota única, que pesa de muy diferente forma en el bolsillo de los uruguayos. Por ejemplo, si tomáramos una cuota individual, sin beneficios, del entorno de los $ 900, veremos que incide un 4,5% en un salario de $ 20.000 y un 18% en uno de $ 5.000. Si de inequidad hablamos, este es un ejemplo.

En materia de impuestos a la salud, se inauguró una nueva etapa en el país, incrementándose porcentajes y creando nuevos gravámenes, lo que sólo es explicable por un afán fiscalista y meramente recaudador del Gobierno que, por sobre cualquier criterio de administración y de política sanitaria, realiza este tipo de ajustes. Todo esto ha sido acompañado de idas y vueltas dignas de ser recordadas para la peor historia: 21 de febrero de 2001, el IVA llega al 14%; 30 de marzo de 2001, el IMESSA asciende al 3%; 29 de mayo de 2002, el IVA se incrementa al 23%; 4 de julio de 2002, el IVA pasa a ser del 10%, derogando así el 23%; noviembre de 2002, se retira el 10%, se deroga el 23% del IVA y se aumenta el IMESSA al 5%. Y a todo esto se le suma el incremento del IRP que viene gravando a quienes todavía tienen trabajo. Este impuesto lo vamos a llamar "aproximación sucesiva" a la forma de meter la mano, una y otra vez, en el bolsillo a la gente.

Intermediación lucrativa: desde hace poco con nuevo marco legislativo. No obstante, el corralito de DISSE sigue manteniendo prisioneros a sus socios, que no pueden hacer uso de su libertad de elección. El ejemplo de la acción judicial contra COMI es una fuerte señal de ineficiencia de la autoridad sanitaria para tomar medidas a tiempo.

Existe un control de precios y una severa regulación sobre los ingresos de las IAMC, conviviendo con la no regulación de los egresos. Cualquier actividad que se base en el control de uno solo de los componentes de la ecuación, seguramente, no tiene buen pronóstico.

Hay una proliferación irracional de los servicios de carácter parcial que, contrariamente a las IAMC, están desregulados. Estos servicios brindan una prestación importante. Sin embargo, seamos claros: la atención debe ser integral, continua y basada en evidencias, lo cual no debe sustituirse por la sumatoria de actos médicos de urgencia.

Debemos mencionar también la triste historia de la vacuna cubana contra la meningitis. Primero se dijo que no servía y después que sí; luego se manifestó que no se aceptaban donaciones de Cuba y, más adelante, que se deducían de su deuda; se expresó, posteriormente, que no había jeringas ni agujas para empezar enseguida; luego, que se vacunaba sólo en Montevideo; después, en Canelones; más tarde, en la zona metropolitana; para, finalmente, hacerlo en todo el país. Ahora sabemos que han sido miles los niños y jóvenes que recibieron solamente una dosis, por lo cual están mal inmunizados y seguirán estando expuestos en el futuro a la meningitis. Todo esto ocurre en un país que ostentaba una historia privilegiada en materia de inmunizaciones. Pero

esto no termina aquí; lo retomaremos posteriormente.

También debemos citar el faltante de la vacuna pentavalente, incorporada en forma obligatoria al Plan Ampliado de Inmunizaciones, lo que se suma a los periódicos desabastecimientos de insumos por causa no económica. La respuesta: diferendo burocrático entre la OMS y el Ministerio de Salud Pública. Otro ejemplo del caos administrativo y de la falta de recursos por causa no económica es el tratamiento que ha tenido la herencia de don Juan Donagaray, de más de 25 años, destinada a los pobladores de San José y pensada para mejorar el Hospital de la ciudad, la que, luego de idas y venidas, ya perdió el 50% de su monto por la modificación de la política cambiaria.

Laboratorio Biofarma. Se investigan cuántas han sido las muertes como consecuencia de un error en la composición de un medicamento de uso habitual. Se trata de un error resultante del incumplimiento de procedimientos y normas vigentes, que no fue detectado por omisión del Ministerio de Salud Pública en los controles correspondientes.

(Ocupa la Presidencia el Dr. Correa Freitas)

- Emergencia del Hospital de Clínicas. Se produce el cierre técnico, seguido de una reapertura, con una reducción de sus camas y nuevo cierre técnico, perjudicando, sobre todo, a los sectores más pobres y, particularmente, a la población del interior del país. Durante un mes y veinte días el Hospital debió funcionar con $ 2:000.000. Se trata del llamado “extra cupo”. Parece creíble, ¿verdad?

Pero esta es la realidad con la que se debe manejar nuestro Hospital Universitario, aunque claro está que a costa de reducir servicios a la gente, a la que más los necesita.

No nos confundimos, señor Ministro: sabemos muy bien que el mayor déficit está dado por la no transferencia de los recursos votados en el presupuesto a la Universidad. Pero lo que también está muy claro es la importancia del Hospital en la red de atención que, a pesar de las carencias, ayudó a cubrir partos, CTI de niños prematuros y cirugías oncológicas durante el reciente conflicto.

¿Esto quiere decir, acaso, que el Hospital puede funcionar con dos millones de pesos durante un mes y veinte días? No. Lo que ocurre es que se está haciendo magia, se están llevando a cabo reducciones y se está afectando con ello a la población, a la que no se puede brindar toda la atención que necesita. No cabe duda de que si no fuera por los esfuerzos y ajustes que realiza todo el personal de salud y de la Administración, esta magia no existiría. Pero, ¿cuánto tiempo puede sostenerse una situación así? Estamos enterados de que hoy se liberó una de las partidas que se necesitaban para su funcionamiento; sin embargo, este es un tema que se reitera, se reitera y se reitera.

Conflicto con los médicos contratados por Comisiones de Apoyo. Este conflicto podría haber sido evitado. En primer lugar, hubo una falta de previsión del Ministerio de Salud Pública al no discutir el tema con suficiente tiempo, evitando llegar a lo que se llegó; se podrá decir que se buscaron instancias que se suspendieron precozmente, pero la verdad es que se puso en riesgo la atención de la población y este conflicto podría haberse evitado porque, finalmente, se resuelve sobre la base de revisar los contratos no asistenciales, contratos que -como dijo el señor Subsecretario a un medio de prensa- fueron realizados en momentos de bonanza. En realidad, si fueron hechos en momentos de bonanza de la salud, no queremos siquiera imaginar cuánto hace que los mismos están generando gastos prescindibles. Si un conflicto de tanta magnitud pudo solucionarse revisando gastos prescindibles, se nos plantea la siguiente duda: ¿no será que hay otros gastos similares que pueden comenzar a revisarse y resolver así las brutales carencias de insumos o los paupérrimos salarios de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública? Cabe destacar que, en muchos casos, se ubican en alrededor de $ 3.500. ¿No habrá otros contratos injustificados u otras partidas que hoy están orientadas a áreas no asistenciales con las cuales, con una mejor y más eficiente utilización de los recursos humanos, económicos y materiales, el Ministerio podría resolver una verdadera discriminación que sufren los funcionarios de Salud Pública y las brechas salariales que, claramente, fueron dadas a conocer por las autoridades en el marco de este desgraciado conflicto?

Una vez más, ha quedado demostrado que no es cierto que sólo falte dinero. Fundamentalmente, aquí hay un problema de mala administración. Se sigue gastando mucho y mal. ¿Qué les vamos a decir a las madres del Pereira Rossell cuando tuvieron que pasar por todo lo que pasaron? Y ahora el Ministerio de Salud Pública reconoce que, finalmente, todo pudo haberse solucionado con la revisión de contratos injustificados.

En estos días se dijo que los médicos eran poco menos que malvados, que no se podía seguir con médicos que ganan mucho y con otros que ganan tan poco, que no se podía seguir ahondando la brecha existente entre ellos, que el problema es que falta plata. Todo esto se dijo una y mil veces, incluso con costosa propaganda en medios de prensa, justificando el no incremento del monto de los contratos, para terminar reconociendo lo que todo el mundo sabe: que este Ministerio malgasta los recursos que tiene y que, lamentablemente, tienen que pasar cosas gravísimas para que lo reconozca.

Ha quedado demostrado, señor Ministro, una vez más, otro componente nada menor en una sociedad con crecientes demandas: acá la única forma en que el Gobierno finalmente escucha las demandas es en el marco de una enorme presión. Con esa tozudez, sólo se empuja a un mayor sufrimiento de la gente.

Como final de esta breve reseña, que por su magnitud

desarrollaremos en extenso en su momento, queremos hacer referencia a la más total y absoluta carencia de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos en las dependencias del Ministerio. Lo haremos, departamento por departamento, para lo cual agradecemos desde ya la colaboración de cientos de compatriotas que, durante meses, han estado enviando a mi despacho o a la Comisión de Salud Pública del Senado su preocupación por las carencias en materia de medicamentos básicos, falta de guantes, jeringas, comidas para los enfermos, etcétera. No obstante, queremos dejar claro que obra en nuestro poder información complementaria sobre carencias de insumos en otras dependencias, que no abordaremos ahora para no extendernos demasiado.

No caben dudas de que el tema cruza por todo el sistema público, a escala nacional.

Relevamiento. Desde setiembre de este año, el Hospital Pereira Rossell tenía carencia de insumos para realizar el seguimiento de los niños afectados por VIH. Nos referimos a contar con los elementos necesarios para medir la carga viral, que no es ni más ni menos que la confirmación de si los tratamientos están siendo efectivos o no. Entonces, la verificación clínica ya es tardía. Pero eso no es todo, ya que existe una permanente discontinuidad en la medicación que ellos deben recibir, siendo un hecho indiscutible que la continuidad en estos tratamientos es fundamental para asegurar la mejoría de estos niños. Se me podrá contestar que cuando se piden los insumos, con rapidez se envían. Pero me pregunto si no sería más fácil prever en esta materia. ¿Por qué no hacerlo antes? No es fácil para los padres y madres de escasos recursos, -que deben concurrir con esos chicos y, seguramente, con otros- trasladarse por sus propios medios y, luego de convencerse de las bondades del control permanente a los niños que tienen VIH, recibir por respuesta que hoy no hay medicamentos y que mañana, tal vez, sí los haya. Recordemos que somos un país que ha recibido reconocimientos por los logros en la disminución de la trasmisión vertical del VIH y, de no solucionarse estas injustificables carencias, podrían revertirse esos logros obtenidos hasta ahora. Cabe agregar que tampoco existe, para estos niños pobres, leche en polvo suficiente que permita garantizar la indicación que ellos tienen en estos casos de interrupción de la lactancia materna.

Otra situación que queremos mencionar es que el 11 de diciembre pasado llegó a nuestro poder, así como también a las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras y al propio Ministerio, una nota del SMU con denuncias de médicos del Hospital Pasteur. En la misma se informa con respecto al "riesgo de complicaciones irreversibles" que tendrían algunos pacientes de no mediar un inmediato tratamiento a sus patologías. Nos estamos refiriendo a pacientes que han tenido serios problemas para realizarse estudios angiográficos, fundamentales a la hora de decidir la terapéutica quirúrgica que generalmente necesitan. Por nuestra parte, nos comunicamos con el Director del Hospital, quien luego tuvo la delicadeza de llamarnos. Concretamente, nos dijo que las dificultades se estaban solucionado y que todo se había agravado en el marco del conflicto reciente. Pero la verdad es que volvimos a chequear y, si bien los casos de algunos de los pacientes se están solucionando a través de una larga lista de espera que en todos lados está aumentando notoriamente por la falta crónica de insumos, quienes deben realizarse este tipo de estudios angiográficos esenciales para sus tratamientos, están pudiendo hacerlo de forma muy alternada e irregular. Es cierto que a la fecha de esa comunicación -tal como nos señaló el Director del Hospital- se sumaba el tema de las complicaciones derivadas del conflicto por todos conocido. Pero todos esos otros pacientes estaban esperando tratamientos quirúrgicos de otro tipo, todos con patologías severas.

No es justo, señor Ministro, que se tenga que armar un revuelo de esta naturaleza -que nos llegue la carta del SMU, que el Director del Hospital nos llame y nos diga que la cosa no es tanto así, aunque después descubrimos que sí- para empezar a buscar soluciones. La lista de cinco páginas de los pacientes involucrados en esta situación no la daremos, por razones obvias. De cualquier modo, la misma se encuentra en mi poder por cualquier consulta que se quiera realizar. Ojalá este revuelo haya servido, aunque más no sea para solucionar la situación de algunos de esos pacientes.

El 20 de este mes nos llegó otra comunicación del Sindicato Médico del Uruguay -que también fue dirigida al señor Ministro, a las autoridades correspondientes del Ministerio y a las Comisiones de Salud Pública del Parlamento- en la que se adjunta una nota de fecha 14 de noviembre de los técnicos de la Colonia Etchepare, quienes manifiestan su preocupación por la carencia e irregularidad en la disponibilidad de medicamentos básicos a nivel de medicina general y en especial de psiquiatría. Los exámenes de laboratorio ni siquiera alcanzan a cubrir las rutinas, y cuando llegan a realizarse, sus resultados son poco fiables. Manifiestan con total claridad -y lo cito textualmente- que estas situaciones "comprometen severamente la asistencia brindada por la institución", y que "esta grave situación implica condiciones de trabajo por debajo del mínimo aceptable para el adecuado ejercicio de la profesión médica".

El señor Ministro sabe que periódicamente hacemos relevamientos para conocer cuál es la realidad de cada departamento, es decir, dónde mejora y dónde empeora. Lamentablemente, siempre empeora o, en todo caso, se mantiene igual. En San José, al 30 de octubre de 2002 faltaban medicamentos, los laboratorios no hacían entregas, los precios habían subido mucho y tenían las partidas recortadas desde marzo. Se cumplía con las cuatro comidas a los pacientes, pero con mucha dificultad y hasta recibiendo ayuda del Ejército y de todo aquél que solidariamente podía apoyar con algo. Faltó completar la vacuna antimeningocóccica y están suspendidas las cirugías de coordinación realizándose solamente las de urgencia. Asimismo, se reciclan guantes y material de cirugía y están trabajando con un aspirador prestado del Hospital de Cane-

lones ya que de otra forma no podrían operar, tal como ocurrió durante algunos días. En 2001 se realizaron 80.000 consultas entre policlínica y emergencia, y la proyección para 2002 indica que ascenderán a 120.000. Las policlínicas barriales han aumentado notoriamente la demanda, manejándose con muestras y donaciones. Se trabaja al día y no se puede planificar absolutamente nada ni hacer ninguna proyección, ya que no se sabe con qué se contará mañana. La Comisión de Apoyo pagó la reparación del aparato de rayos, compró gasas y está solventando los gastos de un pediatra. El combustible para las ambulancias se redujo en un 30%, por lo que solamente se realizan los traslados básicos. Asimismo, únicamente se llevan a cabo los exámenes de laboratorio básicos.

En Rincón de la Bolsa, localidad con 45.000 habitantes, el cupo asignado por la Unidad Ejecutora es insuficiente para cubrir las demandas de la zona. Cuentan con una sola ambulancia y con cinco auxiliares, que trabajan honorariamente al igual que los médicos, y no hay personal administrativo.

En Lavalleja, en los primeros días de noviembre la situación en el Hospital era la siguiente: faltaban insumos médico quirúrgicos y medicamentos, las cirugías de coordinación estaban suspendidas y sólo se hacían las de emergencia. A su vez, en los centros de Salud Pública fue notorio el aumento de la demanda, especialmente en el interior del departamento, en virtud de que la gente no puede pagar la cuota de las mutualistas. Las policlínicas de Zapicán, Polanco, Pirarajá y Solís también tenían grandes carencias. Muchas veces se les recetaba medicamentos a los usuarios para que los fueran a buscar a Minas, pero allí tampoco había. En la localidad de José Pedro Varela faltan insumos y medicamentos, mientras que días atrás fue suspendida la alimentación de los pacientes por falta de rubros, por lo que los propios familiares deben llevarla. En la policlínica de Pedro Aramendía no hay nada; a veces va un médico para hacer controles, pero solamente eso. En Zapicán faltó completar la segunda dosis de la vacuna antimeningocóccica.

Al 30 de octubre de este año, en Maldonado, aproximadamente 8.000 niños no habían recibido la segunda dosis de la vacuna antimeningocóccica, habiendo aumentado también la demanda a nivel de Salud Pública ya que la gente no puede pagar las mutualistas. A efectos de autoabastecerse, el propio Hospital hizo una huerta para alimentar a los pacientes, de lo que todos nos pudimos enterar por los medios de prensa.

Hace pocos días recibimos en la Comisión de Salud Pública del Senado una delegación integrada por médicos y usuarios del Hospital de Florida, incluido el Presidente de la Comisión de Salud de la Junta Departamental. Ellos nos planteaban con mucha preocupación la situación que allí se vive. Se ha dado una superpoblación a nivel de Salud Pública puesto que se asiste las dos terceras partes de la población, lo que obviamente ha resentido la atención. Hay aproximadamente 40.000 usuarios en un departamento con 60.0000 habitantes. Faltan medicamentos, algunos de los cuales son esenciales. Tampoco hay insumos quirúrgicos que afectan las cirugías y sólo se realizan las cirugías urgentes. Los propios médicos dicen que los pacientes corren riesgos en las operaciones porque van sin la necesaria preparación quirúrgica. En las policlínicas barriales del interior del departamento también faltan medicamentos e insumos. A su vez, muchas de ellas no tienen médicos permanentes y según los profesionales, las mismas corren riesgo de cerrar porque no hay con qué trabajar. Incluso, se han restringido los tratamientos, exámenes y estudios. Por ejemplo, no se hacen mamografías, Papanicolaou, colposcopía y otros exámenes no se realizan porque falta el instrumental adecuado y recursos humanos, entre otras razones. Nos referimos a estudios de patologías que cobran muchas vidas en nuestro país. Por otro lado, la cantidad de combustible se ha reducido en un 50% en lo que tiene que ver con la nafta y en un 12% en el gasoil. Al concurrir a la Comisión de Salud Pública, los médicos manifestaron su preocupación y angustia por las implicancias civiles y penales que pueden derivar de su acción en Salud Pública.

El 4 de noviembre de 2002, en Bella Unión la farmacia no tenía prácticamente nada y se atendía tres horas por día solamente para urgencias e internados. Un 30% de los niños de Bella Unión quedaron sin recibir la segunda dosis de la vacuna de la meningitis y se ha informado a los padres que no habrá más. Obviamente, a esta altura ya sería inútil. La alimentación de los pacientes se realiza gracias al aporte de la Comisión de Apoyo y los productores de la zona. Hay más de 12.000 carnés de asistencia en una población aproximada de 13.200 habitantes.

En Durazno, al 5 de noviembre de 2002 faltaban insumos y medicamentos, y sólo se hacían cirugías de urgencia. También había aumentado la demanda de las policlínicas y emergencias, existiendo carencias extremas en el traslado de los pacientes.

La situación en Colonia a noviembre de este año, es la siguiente. Desde el 14 de julio en Colonia del Sacramento solamente se realizaban cirugías de urgencia u oncológicas. También se produjo un notorio incremento de los servicios públicos, pero faltan antibióticos y medicamentos para asmáticos y diabéticos. Tampoco hay insumos médico quirúrgicos y los reactivos para laboratorio son escasos, en especial los que se necesitan para la emergencia. Tampoco se dio la segunda dosis de la vacuna antimeningocóccica. En Tarariras no hay medicamentos y en Juan Lacaze hace cinco meses que está cerrada la sala de cirugía, mientras que la segunda dosis de la vacuna también fue insuficiente. Por su parte, en Carmelo quedaron 1.500 niños sin recibir la segunda dosis de la vacuna.

Sabemos bien, señor Ministro -porque nos lo explicó en la Comisión de Salud Pública- cómo son las disposiciones con relación al crédito para las compras de las unidades ejecutoras. Sin embargo, veamos qué pasa en la Unidad Ejecutora 048 de Nueva Palmira. La modificación de la

política cambiaria junto con el no pago a proveedores por parte del Ministerio provocó que los laboratorios no sólo no entreguen lo adjudicado por la licitación de 2002, sino que tampoco acepten vender en forma directa por concurso de precios. Es así que para comprar en noviembre se llamó a aproximadamente treinta laboratorios, de los cuales dos tercios sólo aceptaron pago contado, mientras que el resto pretende que se utilice el sistema de compra directa, obviamente a precios mucho mayores que el licitado. De parte del Laboratorio Dorrego se envían cantidades insuficientes que apenas cubren los primeros días del mes. ¿Qué pasa con el laboratorio, donde podríamos tener una producción que autoabasteciera a muchos de los sectores de Salud Pública? Esta es la realidad de muchas otras unidades ejecutoras.

En una población de 10.000 habitantes, como la de Nueva Palmira, el Hospital tiene alrededor de 7.000 carnés de asistencia. Hubo un aumento del 25% en el número de usuarios, y al mismo tiempo el cupo de medicamentos, de materiales médico quirúrgicos y de reactivos se redujo en un 25%. No está funcionando la sala de operaciones y la segunda dosis de la vacuna, por supuesto, no fue suficiente.

En Paysandú quedaron muchos niños sin vacunar, casi un 50%.

A su vez, en Flores faltaron unas mil segundas dosis de la vacuna antimeningocóccica.

En Salto faltan medicamentos, insumos médico quirúrgicos y quedaron muchos niños sin vacunar. Con la segunda dosis de la antimeningocóccica, no se habría superado el 60% de esta población. Al igual que en la mayoría de los hospitales, los números para las especialidades se consiguen con muchos meses de demora.

En Soriano, al 5 de noviembre, el Hospital Regional Litoral Sur de la ciudad de Mercedes no tenía prácticamente existencia de insumos ni medicamentos. A los pocos días llegó la partida de $ 2:000.000, que se les había pedido que ahorraran en el Presupuesto, con lo que pudieron adquirir algunas cosas que estarán disponibles recién para fin de año.

Sólo se realizan urgencias, ya que el resto de la actividad de coordinación está suspendida teniendo en cuenta todas estas carencias que se han agudizado en los últimos tres meses. Con respecto a la medicación, está faltando mucha de uso habitual, y las compras que se realizan no alcanzan para cubrir lo necesario para el número de usuarios que se recibe. En este lugar faltaron unas 4.000 segundas dosis de vacuna antimeningocóccica.

En Rivera, al 5 de noviembre, faltan medicamentos, se redujo la alimentación, aumentó la demanda y también la segunda dosis de dicha vacuna fue insuficiente.

En Tacuarembó, al 4 de noviembre de 2002, falta medicación, fundamentalmente ambulatoria, como antibióticos e inhaladores para el asma. Asimismo, existen dificultades para acceder a materiales de uso quirúrgico. Muchos exámenes de laboratorio no se realizan por falta de insumos o de recursos humanos. Por ejemplo, los hemogramas -aun los del CTI- no tienen láminas, y quienes son médicos saben que este es un elemento de ayuda importante. En este lugar también quedaron niños sin la segunda dosis de la vacuna antimeningocóccica.

En Paso de los Toros hay escasa cantidad de medicamentos. Se reciclan los guantes y las jeringas y se atienden solamente las urgencias quirúrgicas.

En Treinta y Tres hace dos meses que no hay tiras reactivas para realizar el test de glucemia, ni para las policlínicas ni para los pacientes internados. Han concurrido pacientes de Río Branco pidiendo insulina porque allí se carece de dicha sustancia. Sólo se realizan exámenes y cirugías de urgencia. En lo que va del año se emitieron casi 10.000 carnés nuevos y las consultas de emergencia se duplicaron con relación al 2001.

En Melo faltan medicamentos y material de uso médico quirúrgico. Faltaron aproximadamente 4.000 dosis de vacuna antimeningocóccica, y falta combustible para las ambulancias. Puede decirse que la atención primaria de la salud está prácticamente suspendida. Estas preocupaciones fueron planteadas a la Junta Departamental por parte de jerarcas del hospital departamental en los últimos días.

Con respecto a la situación en Las Piedras al 28 de octubre, recibimos una nota de médicos y técnicos del hospital de esa ciudad, donde nos manifestaban su preocupación por las carencias de dicha institución. Ese día, a la hora 18, faltaba material de sutura, hilo reabsorbible, material indispensable para el cierre de útero en una cesárea. Por lo tanto, no se pudo asistir partos ni cesáreas. Faltaban guantes de higiene, lo que los obligó a realizar las curaciones con guantes estériles, multiplicando el costo de un elemento que en realidad es de menor valor. Faltaban jeringas de 5 y de 10 cc, de insulina, material de punción de uso pediátrico y antisépticos. A esto se sumaba la falta de reactivos en el laboratorio: por un lado, para pacientes ambulatorios, con lo cual los enfermos crónicos quedaron sin control, y por otro no se realizaban exámenes de rutina de marcadores virales en embarazadas. Tenían carencias de fármacos, como antibióticos, por ejemplo en suspensión para pediatría; faltaban antiparasitarios, antiespasmódicos, antialérgicos e inhaladores, toda medicación absolutamente común. Sabemos que en los últimos días se ha solucionado solamente el tema del material quirúrgico. Queremos que se nos aclare la preocupación trasmitida en los últimos días por parte de usuarios con relación a un eventual traslado de algunos servicios médicos, obstétricos y quirúrgicos de este hospital a la ciudad de Canelones. Esta preocupación se incrementa, en la medida en que la deman-

da ha crecido de 40.000 a 58.000 usuarios. También cabe destacar que la segunda dosis de la vacuna antimeningocóccica faltó en todo el departamento.

Estos son algunos ejemplos sobre la situación que hemos relevado en todo el país.

Señor Ministro: en oportunidad de su presencia, el día 14 de agosto, en la Comisión de Salud Pública del Senado, le plantemos nuestra preocupación por similar situación. En dicha sesión manifestó textualmente: "En lo que tiene que ver con la medicación, por supuesto que se nos puede escapar alguna contadísima excepción, porque cada Unidad Ejecutora compra -tienen sus precios, pero cada una compra- y, entonces, se detectan algunas que se han 'sobrestockeado' y otras que cuentan con lo justo." A continuación, reiteró: "recorremos permanentemente los hospitales y es interesante visitar especialmente las farmacias. En esas oportunidades apreciamos un equipamiento de medicamentos importante: hay medicamentos." Obviamente, señor Ministro, como dijimos en aquel entonces, no recorremos los mismos hospitales.

En declaraciones publicadas en "Búsqueda" el día 10 de octubre el señor Ministro afirmó: "no creo que se deba ser tan drástico en los diagnósticos negativos. Hay que trabajar para arreglar las cosas" -estamos muy de acuerdo- "y no anunciar situaciones de catástrofe. Esos escenarios no son propios de este país."

Por su parte, el 24 de setiembre se informaba en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes que el día anterior se había creado una coordinadora para hacer frente a los inconvenientes que pudieran surgir en las distintas unidades, posibilitando una forma inmediata de vínculo con la estructura de ASSE. Desconocemos cómo ha funcionado, pero la realidad es la que acabamos de describir, y todo el país la sufre.

Figuras del más alto nivel de este Gobierno emitieron comentarios en los útlimos días con relación a que no es tan dramática la situación. Declaraciones como éstas se han venido reiterando y sosteniendo durante años. Siempre se dijo que los temas referidos a la salud no estaban entre los de mayor repercusión ciudadana ni entre los que generaban más fuertes demandas o impactos, y así han pasado los años y ha aumentado el caos. Es más, periódicamente se muestran encuestas de satisfacción por parte de los usuarios del sector, quienes no parecen criticar los prestadores. Son bien conocidos esta clase de estudios, en la medida en que se sabe que en todo el mundo existe un sesgo en encuestas de esta naturaleza, ya que están referidas a poblaciones que se encuentran bajo la línea de pobreza o cercana a ella. Por lo tanto, en esos sectores la demanda de calidad de la prestación es generalmente muy poco exigente. Sin embargo, hay una realidad que impacta de tal forma que no se puede ocultar. Suponemos que no será fácil seguir sosteniendo el mismo discurso negador de la realidad y, por el bien de la gente, ojalá cambie.

La transición demográfica, agravada por el fenómeno migratorio, la transición epidemiológica, que nadie desconoce -en todo caso, complicada por el creciente peso de las enfermedades reemergentes por pauperización de nuestra sociedad- y el ensanchamiento del horizonte de los derechos ciudadanos reivindicando por la participación de la sociedad civil, así como las dificultades económicas de nuestra sociedad, determinan la necesidad de concretar inmediatamente estos cambios.

Señor Ministro: hoy el sistema de salud no puede seguir así. Las administraciones se han venido encargando exclusivamente del día a día y de la administración de la o las crisis que inexorablemente se suceden. En los últimos años los distintos Ministros de la Cartera de Salud han pasado sin hacer ningún cambio estructural. La crisis estructural del sistema de salud del Uruguay se ve agudizada por una situación económico-financiera que ha llevado al riesgo del colapso total del país. Con cada Ministro nuevo, hay nuevos asesores que "bypassean" a los técnicos que trabajan en el Ministerio, como si aquellos fueran a definir lo que las autoridades no tienen voluntad de hacer o no hacen porque no cuentan con el respaldo y el apoyo político de su sector para viabilizar la o las políticas a desarrollar.

Uruguay ya no tiene los mejores indicadores de salud de los países de América Latina. Cuba, Costa Rica y Chile, desde hace ya algunos años, han consolidado reformas que optimizaron sus indicadores. Eso sí: somos de los que gastamos más porcentaje del PBI. Esto es producto, entre otras cosas, de no poder abordar durante las diferentes gestiones los temas planteados en las plataformas electorales, en las cuales las soluciones, incluso, hasta parecen coincidir en muchos conceptos.

Creemos que no hay tiempo para más dilatorias ni para más inoperancia. La población ya no soporta este desgobierno en el sector salud. Hay que salir de esta situación, pero no sirve cualquier salida. En materia de política de salud, no alcanza con "hacer política para enfermos" o "políticas para pobres"; hay que instrumentar políticas que, en sintonía con otras de índole económica, productiva, laboral y educativa, apunten a un determinado proyecto de país.

La salud no es de izquierda ni de derecha, es un derecho humano esencial. Sus urgencias tampoco son de izquierda ni de derecha, son urgencias, y han de ser atendidas como tales, sin perder de vista el rumbo hacia el que vamos.

¿Cuáles son los temas de fondo que están esperando soluciones? Se deben definir políticas y estrategias, acumulando las fuerzas suficientes para viabilizar los cambios.

Se trata de políticas de Estado reclamadas desde el Sindicato Médico, la Federación Médica del Interior, la Federación Uruguaya de la Salud, la Federación de Funcionarios de Salud Pública, el Colegio de Enfermeras, el Hos-

pital de Clínicas, sus funcionarios e, incluso, desde las incipientes organizaciones de defensa de los usuarios, sectores de la industria, de la farmacia y otros. Todos, de una u otra manera, siempre han estado presentes ante cualquier convocatoria para la discusión de los temas de fondo; lo que hay que hacer es abordarlos.

Es más; desde hace algunos años, uno de los tantos ámbitos de trabajo, la denominada multisectorial, por ejemplo, ha generado y acumulado una larga lista de documentos, significando un claro ejemplo de que lo que falta es responder a la pregunta sinceramente: ¿hay voluntad de que exista una autoridad sanitaria que defina políticas? En dichos documentos hay capítulos enteros donde se establece la necesidad imperiosa y definitoria en materia de establecer políticas como la de medicamentos, la de tecnología y el modelo de atención, su financiamiento, etcétera.

¿Qué más tiene que pasar para que el Gobierno se decida a hacer algo en materia de salud? Se insinúa, se promete, se vuelve a prometer, pero esperemos que no se siga prometiendo. ¿Hasta cuándo se seguirá con un Ministerio que no ha dado la más mínima señal de haber acabado con la acusación emanada desde su propio partido en el sentido de que "el Ministerio de Salud Pública es un club político"? Quizás en esta interpelación se nos brinden datos al respecto que demuestren que se terminó con los asesores cuotificados, por sectores partidarios que condicionan votos, posiciones y respaldo.

¿En base a qué políticas y sobre qué temas hay que hacer reformas en función de la realidad actual del sistema? Me refiero a reformas que concreten el desarrollo de un verdadero Sistema Nacional de Salud, que implique cambios en el modelo de atención, de gestión y de financiamiento. El "sistema uruguayo" -entre comillas lo de sistema- compuesto básicamente por dos subsistemas, el público y el mixto, ya que al modelo IAMC no podemos catalogarlo de privado, en tanto está fuertemente regulado en sus ingresos y en su operativa, no ha definido con claridad hacia dónde apunta. ¿Qué alternativas se pueden plantear? Entre otras cosas, se trata de clarificar cómo se concibe el modo de relacionamiento entre ambos subsistemas, de forma de ganar en eficacia y eficiencia, evitando la superposición de recursos, elementos constitutivos de la definición de un verdadero sistema de salud.

Mantener básicamente la actual estructura asistencial sin hacer grandes cambios estructurales, es tirar la pelota hacia delante; esto requiere esencialmente bajar costos en forma drástica y salvaje.

¿Se está pensando en mejorar las prestaciones y cobertura del subsector público, concretado en las denominadas "mutualistas públicas", generando un escenario de competencia con el subsector IAMC? Este tema también ha sido planteado en anteriores Administraciones.

En función de las declaraciones de las jerarquías del Ministerio de Salud Pública, creemos que la línea va por seguir tirando la pelota hacia delante; y eso nos preocupa por muchas razones, algunas de las cuales voy a comentar a continuación. Esta postura de seguir tirando la pelota hacia delante, en primer lugar, requiere disminuir las prestaciones de las denominadas -por los organismos internacionales- "canasta de servicios", que se le asigna a ambos subsistemas como forma de lograr economías. Esto se conjuga con el fenómeno que se viene dando en buena parte de los países de la región y que consiste en el ingreso y la consolidación de aseguradoras multinacionales a los efectos de cubrir tecnologías y procedimientos que, por ser más onerosos, se desprenderían de la actual "canasta". Esta es la modalidad que han seguido todas las reformas promovidas por el Banco Mundial para América Latina.

En segundo término, requiere achicar la masa salarial a través de distintas alternativas, muchas de ellas dramáticamente ensayadas, como ser atrasos, rebajas, desregulación, tercerización, que se suman a las producidas por la depreciación de la moneda y la inflación.

El tema de la masa salarial tiene varios subtemas que se incorporan al debate. Uno de ellos es el relativo a la forma de pago de los honorarios profesionales médicos, donde existen múltiples estudios internacionales y nacionales que expresan opiniones comprometidas acerca de la conveniencia e inconveniencia de las distintas modalidades posibles. Una publicación del SMU sobre las Modalidades de pago de la Atención Médica del año 1999, dice textualmente que: "El pago por acto es señalado por la mayoría de los autores como un sistema poco eficiente que estimula la sobreutilización de servicios y el gasto excesivo en recursos. También el pago por salarios puede interferir con la eficiencia debido a que estimula estructuras rígidas y a veces sobredimensionadas. En contrapartida, el pago por capitalización aparece como un mecanismo de mayor eficiencia por cuanto estimula la coordinación de efectores...", aunque "puede fomentar la indiferencia en el trabajo médico, puede aumentar la derivación a los niveles de mayor complejidad y favorece el trabajo individual."

Como se aprecia, existe literatura y experiencia abundante sobre las distintas modalidades de pago en la actividad médica, con los pro y contras de cada una de ellas. Personalmente, estoy convencida de que este tema no puede estar al margen de una política de Recursos Humanos y de lo que debe ser un Sistema Nacional integrado de Salud. Me parece absolutamente imprescindible que el Ministerio emita opinión sobre este tema, comprometiéndose y generando ámbitos donde el mismo se analice fuera de las instancias dramáticas que surgen al momento de discutir los ajustes salariales, vencimientos de convenio, etcétera, todas situaciones que llevan a debatir sobre la presión de la crisis.

También estoy convencida de que se trata de encontrar el justo equilibrio entre las distintas modalidades de pago, de forma de potenciar las fortalezas de algunas y reducir las debilidades de otras. Sé que esto no es fácil, señor Ministro,

pero escuchando y aprendiendo de los técnicos que trabajan en su propia Cartera, se puede abordar el tema y, sin lugar a dudas, mejorarlo. Se trata de generar políticas en materia de Recursos Humanos que no se limiten a conformar un grupo de asesores, buscando la forma de financiarlos, mirando para el costado cuando se habla de los funcionarios de Salud Pública, que son los más sumergidos de la Administración Pública y, por lejos, los que ganan menos entre los funcionarios públicos vinculados a la salud.

Cuando nos referimos a la preocupación por encontrar formas de financiar a los asesores que trabajan en su Ministerio -unos cuantos- estamos hablando de no insistir con seguir “bypaseando” al Banco de Previsión Social, al Tribunal de Cuentas, a los llamados a concurso y a los mecanismos de selección, todos componentes de lo que debería ser una sana y moderna política en materia de administración de los Recursos Humanos.

Vinculado a lo anterior, queremos hacer un comentario que tiene que ver con algunas figuras de Gobierno que desde hace un tiempo quieren demonizar a los médicos, intentando identificarlos como los principales responsables de la situación actual. Esta búsqueda de chivos expiatorios persigue la intencionalidad de desviar la atención sobre las responsabilidades políticas que les cabe a quienes conducen al sector de la salud. Sí existe un grupo de médicos que gana, y gana mucho, pues perciben sueldos muy altos, pero la gran mayoría de los doctores cobran sueldos atrasados, recortados por franjas y de una magnitud muy inferior a los colegas de los países vecinos; doy fe de ello. Los médicos que trabajan en el sector público -reconocido y sin que se les haya movido un pelo a las autoridades del Ministerio- ganan sueldos de $ 3.500. Como decíamos, en el mutualismo los sueldos se perciben atrasados varios meses, por franjas, cuando se cobran. Seamos claros, en esta sociedad pauperizada y en una profunda recesión, a la luz de la crisis que afecta a todos los sectores productivos y financieros de nuestro país, deberíamos analizar cuánto pueden y deben gastar gerentes, directores de empresas y mandos medios del sector público y privado. Es materia discutible, pero el tema no se puede soslayar.

Relacionado con lo anterior, está el tema de los contratos a profesionales médicos para brindar asistencia en el Ministerio de Salud Pública.

Estos contratos buscan compensar los sueldos de los profesionales en algunas áreas del Ministerio de Salud Pública, ASSE en particular, de forma de poder viabilizar el trabajo de los mismos, reconociendo de hecho que, con los sueldos que paga el Ministerio de Salud Pública, es imposible realizarlo.

Como ha tomado conocimiento la opinión pública, esta modalidad de contratación requiere la participación de Comisiones de Apoyo ya existentes, o la creación de algunas a esos efectos, que oficien como contratantes de profesionales, de modo de evitar los aportes al BPS y otros gastos sociales que provienen de los contratos del Estado, entre otras particularidades de esta modalidad. En la documentación que tengo en mi poder figuran comisiones de apoyo, comisiones locales y patronatos. Según un informe solicitado al Tribunal de Cuentas, éste no interviene en el control de las mismas, reduciendo su participación a la intervención de la asistencia financiera mensual que el Estado les brinda. En las recomendaciones, el Tribunal de Cuentas establece: “en relación con las comisiones de apoyo, es necesario que las Rendiciones de Cuentas (dispuestas de acuerdo a lo establecido por el artículo 138 del TOCAF), expliciten la nómina de beneficiarios” -repito: nómina de beneficiarios- “a los efectos de lograr una mayor transparencia del total de remuneraciones pagadas con cargo a fondos públicos”. Se recomienda tomar las medidas necesarias con el fin de subsanar las observaciones que constan en los informes de revisión limitada de las comisiones de apoyo.”

A la vez que se dice y se escribe que es de interés apoyar al mutualismo, por su historia y por la filosofía solidaria que encierra, nada se hace. La tan mentada y pregonada competencia en el mercado de la salud no existe en la medida en que, por ejemplo, los servicios parciales que no están regulados compiten con aquellas instituciones de asistencia colectiva que sí lo están. Es más, cuando se piensa en poner impuestos a la salud -que rechazamos y rechazaremos- se pone todo en la misma bolsa y la tan mentada decisión política de apoyar al mutualismo se olvida. Lo mismo ocurre a la hora de reglamentar, de controlar, de pedir auditorías, de controlar los contratos como sí se hace con el mutualismo, al menos, con una parte significativa de él. Decimos esto, porque aquí se aplica aquello del juego de “el gran bonete”; si se trata de un tema económico clave para el funcionamiento y la orientación del mutualismo, no está en la órbita del Ministro de Salud Pública; si se trata de la realidad de los socios de DISSE, de la posibilidad de que las instituciones presenten proyectos de reorientación de su modelo de gestión o de atención para poder acceder a dichas afiliaciones, tampoco depende del Ministerio de Salud Pública, sino que corresponde a la Cartera de Trabajo y Seguridad Social. No hablemos de lo que esta última ha sido hasta ahora, que frente a su puerta ha visto desfilar conflictos y desregulaciones unilaterales con una actitud prescindente. Esperamos y apostamos a un cambio con la nueva designación. Entonces, este es el juego “del gran bonete” en el que todos se pasan la pelotita, la crisis se profundiza, nadie asume el problema en su globalidad y, por eso, estamos como estamos. Justamente, por ello, estamos interpelando la política de salud del Gobierno, que es el responsable de este caos.

Continuando con el tema del mutualismo y como un ejemplo más de los hechos versus las palabras, debemos comentar que en el mes de setiembre el señor Ministro de Economía y Finanzas, ante la crisis del sector, propuso crear una comisión en donde se trabajara en torno a seis puntos: fortalecimiento de los principios mutuales, fortalecimiento del sistema de atención colectiva, Fondo Nacional de Recursos, DISSE, posibilidad de una política común de pago

de insumos y medicamentos, y consideración de los aspectos médico-laborales y funcionales. Hasta el momento, que sepamos, esta comisión no se ha reunido. Se podrá decir que el tema sigue en agenda, que hay muchos asuntos para tratar, diversas tareas para realizar y que el tiempo no ha alcanzado; pero esto ocurre con todos los temas que hacen al mutualismo. No olvidemos que no se trata de que en este período no haya pasado nada; en estos mismos tiempos cerraron dos mutualistas y este es otro tema que sigue en la agenda ¡y vaya si ella está demorada! Mientras se cerraban estas dos mutualistas, aparecía el préstamo del BID, que surgió de la decisión de dicho Banco de acompañar el programa sectorial del conjunto de reformas que vienen conduciendo las autoridades del Ministerio de Salud Pública. El objetivo era mejorar integralmente la gestión del sector y promover un acceso más equitativo a los servicios de salud apuntando a generar un impacto directo en dos de las tres líneas estratégicas de desarrollo que orientan la acción del Banco en el Uruguay, a través de la firma de un contrato de préstamo sectorial.

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto establece como riesgo más importante la resistencia del gremio de profesionales de la salud y sus presiones corporativas para detener el proceso o acomodarlo en beneficio de sus intereses particulares.

Aquí aparece nuevamente la visión que apunta a culpar a los médicos del caos. En lugar de concretar los cambios con hechos que generen confianza a todos los actores y, por tanto, que estimulen la participación de todos, el Gobierno se dedica -en este caso, a través de la OPP y del Ministerio de Salud Pública- a enviar a los organismos internacionales este mensaje, advirtiendo el riesgo que significan los gremios de profesionales de la salud en nuestro país.

Como forma de aminorar este riesgo, se plantea una campaña de comunicación social como herramienta poderosa para consultar e informar a la población y a la opinión pública sobre el verdadero sentido de las modernizaciones, buscando convertir a los usuarios -actuales y potenciales- del sistema, en los grandes aliados de las reformas de salud. Esto no estaría mal. Queda bien claro cuál es la opinión que tiene el Ministerio sobre el gremio de los profesionales de la salud. Ahora bien, en cuanto a la mencionada campaña poderosa de información, lo que sí se ha visto es el desabastecimiento del sector público, el cierre de instituciones y la cacería de socios dentro del sector privado, los impuestos a la salud y la repercusión en la cuota y copagos de esta política. Eso sí que ha hecho campaña.

Paso a dar lectura textual del Decreto Nº 106/01 referente al Comité Interministerial, donde dice: "El objeto del crédito es el de apoyar los Planes de Reconversión que las IAMC presentarán ante el Ministerio de Salud Pública, a efectos de mejorar el perfil de financiamiento de las estrategias desarrolladas en vías de mejorar su nivel en eficiencia prestacional, logrando una situación económico financiera equilibrada en un contexto organizacional adecuado".

Decía también que un 80% del monto total del crédito se orientará a los pasivos comerciales y pasivos previsionales que se encuentren vencidos y que se consideren excesivos a la operación normal de la institución. Se priorizaban los pasivos que tuvieran un mayor porcentaje de quita con respecto al valor original documentado. Un porcentaje no mayor del 20% podrá orientarse a generar estímulos para retiros voluntarios, etcétera y un porcentaje no inferior al 10% se destinará a proyectos de tipo reingeniería institucional de forma de incorporar consultorías, sistemas de información gerencial, creación de centros de costos, implementación de sistemas de calidad, capacitación del personal, etcétera.

Los planes de reconversión debían incluir proyecciones a tres ejercicios a través de distintos formularios, en planillas y disquetes, solicitándose incorporar el Balance cerrado al 30 de setiembre de 2000, contemplando tres tipos de estado: el patrimonial, el de resultados y el flujo financiero.

Para la proyección a tres años -entiéndase bien, en este país se pedía una proyección a ese plazo- se mencionaba que a los efectos de las estimaciones el único dato que se daba era que los ingresos referidos a cuotas y copagos se deberían estimar con un decremento del 3% en dólares anuales. Nada se decía sobre el resto de las externalidades, de manera tal que la impresión que uno tiene de todo este proceso es que es poco menos que irresponsable.

Luego venía un aún más complejo sistema de supervisiones y exigencias complementarias. La presentación del plan debería efectuarse ante la Unidad Ejecutora, quien presentaría a cada IAMC las observaciones que plantearan los consultores de las distintas áreas de análisis. Una vez analizado por la Unidad Ejecutora, el Plan de Reconversión sería girado a una Calificadora de Riesgo, seleccionada entre las inscriptas en el Banco Central del Uruguay. Luego, el expediente se remitiría al Comité Interministerial que, en definitiva, determinaría la financiación o no del Plan. Como anexo, se solicitaba ampliación de información entre el momento de presentación del Plan y el tiempo transcurrido hasta su eventual aprobación.

Para acceder al primer tramo de los tres previstos, bastaba con la aprobación del Plan de Reconversión. Para los otros dos tramos, las IAMC deberían cumplir con los requisitos en las Condiciones de Ejecución, Condiciones Especiales, Condiciones Financieras, Condiciones Médico-Asistenciales y Proyecto de Fortalecimiento Institucional, a partir de los indicadores de avance identificados y propuestos en el Plan. Se establecía, además, mediciones intermedias entre cada tramo, es decir, a los tres meses de iniciado cada uno.

Como se ve, un complejísimo sistema, instrumentado

para el otorgamiento de los créditos con la participación de varios organismos de contralor, a los efectos de apoyar a las IAMC de Montevideo y, según las autoridades del Ministerio de Salud Pública, también a las del interior del país, por lo menos de acuerdo con lo que consta en algunas declaraciones hechas aquí, en el Parlamento.

Con respecto al monto del crédito, debemos decir que para su cálculo el decreto establece que el mismo resulta de multiplicar el número de afiliados de acuerdo con el promedio de los tres meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, por un importe de U$S 71,50. Expresamente se fija en dólares la moneda del crédito.

El plazo del crédito será de 13 años y medio; se establece un período de gracia de 18 meses para el pago del capital, a partir de contar con los fondos disponibles para el desembolso de los préstamos debiéndose, eso sí, comenzar el pago de los intereses al cierre del mes siguiente a que se dispongan dichos fondos. La tasa de interés a ser aplicada a los saldos no cancelados del préstamo, deberá proyectarse a una tasa del 10% nominal anual.

El esquema de pago establece que una vez aprobado el préstamo por parte del Comité Interministerial, la Unidad Ejecutora comunicará a la IAMC la apertura de una cuenta "ad hoc" en el Banco Hipotecario del Uruguay; luego se pasó a la instrumentación vía Banco de la República Oriental del Uruguay.

Este préstamo, otorgado por el BID para el Fortalecimiento del sistema mutual, llegó al Uruguay hace 13 meses. El primer tramo de dicho préstamo fue depositado en el Banco Central, en noviembre de 2001. Las diversas entidades de Asistencia Médica Colectivizada fueron convocadas a presentar su solicitud de préstamo. Las que no lo hicieron debieron ser sometidas a costosas auditorías para su categorización. Fue necesario modificar alguna ley -seguramente, los señores Legisladores lo recordarán- concretamente la Nº 17.548, el 14 de agosto de este año, vinculada a las Instituciones Gremiales que presten Servicios de Asistencia Médica Colectiva, estableciendo que no les son aplicables determinadas normas que preveía el Decreto Nº 15.181. Hubo que reestructurar los organigramas internos, exponer todos los números y realizar los ajustes que desde el famoso PROMOS se solicitaban.

Todo un año detrás de la zanahoria. En el mes de agosto, el señor Ministro de Salud Pública dijo a las instituciones y a la prensa que, ahora sí, el préstamo iba a estar disponible en el corto plazo, que las instituciones hicieran un listado de los acreedores y lo enviaran al Banco de la República. Todos lo hicieron y, de acuerdo con lo que hemos escuchado hoy, esto se ha vuelto a plantear. A fines de setiembre, principios de octubre, el señor Ministro de Economía y Finanzas dice que la aspiradora del Banco Central se aspiró el dinero del BID y, por lo tanto, el dinero que se había dicho estaba destinado a fortalecer el mutualismo, no estaba. Lo de siempre; cuanto más se dice que hay una decisión de fortalecer el sistema mutual, menos se hace en concreto. Siempre hay un por qué y, en este caso, se optó por decir que ese dinero, en realidad, era para el Gobierno y no necesariamente para el mutualismo. De las partes que hemos leído, queda bien claro que el objetivo era el fortalecimiento del mutualismo, aunque los préstamos vienen al Gobierno. ¿A quién van a venir si no?

Luego de largas negociaciones se acepta que bueno, no estaba el 100%, ahora está el 50%, porque el resto ya no será necesario para el mutualismo, dado la modificación de la pauta cambiaria.

Al día de la fecha, salvo noticias de último momento -que si son generadas a propósito de esta interpelación, bienvenida sea- ni un solo peso ni un dólar se ha destinado al mutualismo, aunque existe un nuevo anuncio: esta vez sería en enero. Es probable que con planes de fortalecimiento como los hasta ahora ensayados a Central Médica y Oca Larghero, sigan otras mutualistas.

Estamos viendo con enorme preocupación en todo este largo proceso, la situación de otras instituciones mutuales, donde se da la paradoja de que, por un lado, son deudoras de varios tipos de acreedores y, por otro, son acreedores del Estado.

Se da la paradoja de que, por ejemplo, algunas IAMC le deban a los médicos y funcionarios muchos meses de sueldo, hasta 10 meses en algunos casos, mientras que, a la vez, son acreedores del Estado. El Estado les debe, a su vez, a algunas de estas instituciones muchos miles de dólares por servicios prestados; recordamos la cifra de U$S 5:000.000 para una de las instituciones más grandes de Montevideo, que supo tener y anda rondando los 70.000 afiliados.

No ha habido posibilidades de canjear esas deudas para evitar llegar a situaciones brutalmente traumatizantes con la industria, con los organismos de seguridad social, con la banca y con los propios trabajadores médicos y no médicos; canje de deuda es lo que piden.

¿A qué se debe esta insensibilidad? ¿Qué persigue? ¿A quién se quiere beneficiar con esta inacción? ¿Hacia dónde se pretende empujar con estas situaciones? La verdad es que da para desconfiar, cuando en otros temas no se tiene tal grado de celo. ¿Acaso el Estado pretende no pagar por los servicios que oportunamente acordó? Tenemos instituciones en donde sus trabajadores, médicos y no médicos, no tienen para trasladarse en ómnibus. Montevideo es chico y todos sabemos muy bien quién es quién. La cosa no es pareja para todos, señor Ministro. Aquí hay tratamientos desiguales y eso no genera confianza. Con los recursos que el Estado les debe, podrían tener un respiro para seguir funcionando. ¿Por qué ese empecinamiento con algunas situaciones?

Esta situación también se da en Instituciones Médicas

del Interior del país, agremiadas en FEMI. Concretamente, a las 24 instituciones que agrupa, el Estado les adeuda por servicios de ASSE, Fondo Nacional de Recursos, Dirección Nacional de Sanidad Policial, a lo que se suman las Intendencias, la suma de $ 496:273.819 que, a un dólar a $ 27.5, suma aproximadamente U$S 18:000.000. Todas han hecho reclamos. Sin embargo, desde hace muchos años se viene hablando de todo esto y, entonces, ¿por qué no se encaran las soluciones? A propósito recordamos que en 1997, el contador Elola a solicitud de la Comisión Especial de Asesoramiento Técnico del SMU, realiza un informe sobre el estado económico de las IAMC de Montevideo. Allí se decía: "Ha llegado el momento crítico de preguntarse si debemos seguir considerando en forma especial la solución a dar al microsistema de 'instituciones desfinanciadas', o si por el contrario debemos analizar profundamente todo el sistema de medicina colectivizada de Montevideo, dado que aparece como inminente una quiebra total del mismo. El grado de deterioro del sistema efector es tal que a muy corto plazo parece evidente el resentimiento de los servicios." Asimismo, se mencionaban las medidas que se deberían implementar; las que todo el tiempo y desde hace años venimos escuchando: "tender a eliminar el destajismo", "buscar técnicos con trabajo en exclusividad", "eliminación del multiempleo", "racionalización de costos empresariales" y "cuadros directivos idóneos y eficaces". Que los anuncios sean de tanto tiempo no quiere decir que todo se podía aguantar, porque el deterioro ha sido muy profundo y no había razón de llegar a esta situación.

Volvemos en este capítulo a lo del principio. Esto sólo se explica si estamos frente a una política de hechos consumados que apunta a concentrar el sector mutual en pocas instituciones grandes, a achicar la oferta básica de prestaciones y a incorporar los seguros privados para los estratos de mayor poder económico.

Estas aseguradoras, que han encontrado un nicho de mercado en los países de la región, han dado malas experiencias en general y están en revisión en todo el mundo desarrollado. Acá, por la vía de los hechos, parece querer transitarse por ese camino.

Volviendo al tema del Sistema Nacional Integrado de Salud, si realmente se está de acuerdo con poner en práctica una articulación o coordinación de ambos subsistemas, esperaríamos en aras de ir avanzando hacia un Sistema Nacional de Salud, hechos y no sólo palabras. No más consultoras, no más documentos.

La voluntad política de avanzar hacia un sistema nacional de salud más allá de los discursos, no ha existido. A través de cada una de las Administraciones, se han sumado irracionalmente efectores sin un plan director. Estos efectores compiten, básicamente, por precios sin control de calidad, más allá de los que resulten de los procedimientos burocráticos administrativos al inicio de su funcionamiento o frente a denuncias concretas graves.

Nuestra fuerza política, en todos sus proyectos desde 1971 a la fecha, ha propuesto esta alternativa del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ha estimulado la articulación de los servicios en todo el territorio nacional. Existen antecedentes y no puedo dejar de recordar el que formulara el entonces Diputado socialista, doctor José Pedro Cardoso quien, aprovechando un receso parlamentario, en el año 1949 viajó a Gran Bretaña para interiorizarse sobre el sistema nacional de salud que se implantaba en las críticas situaciones de la posguerra, en ese país. En diciembre de 1952, presenta un proyecto que se dio en llamar "Plan de Socialización de la Medicina". Aquellas ideas, aplicadas a la realidad y experiencia nacionales, tenían como objetivo asegurar el servicio sanitario gratuito a toda la población, entendido como un derecho. Cardoso decía que tenía conciencia de que esta iniciativa generaría resquemores y oposición de los intereses que resultaran afectados, aunque se demostraba que, en definitiva, un servicio nacional de salud ahorraría esfuerzos y dinero, eliminando superposiciones de prestaciones y la reproducción de inversiones. Muchas fueron las modificaciones que posteriormente se le realizaron, con el fin de lograr una intención de esta naturaleza, pero todavía seguimos en las declaraciones. Cardoso expresaba lo siguiente: "Todas las lecciones de la vida me han demostrado que no hay otro camino transitable que el abierto por el principio de la igualdad y que ello es válido particularmente en materia de salud".

Con el paso del tiempo, estos conceptos siguen siendo muy válidos y, lamentablemente, quedan en la historia, en las promesas de las campañas electorales, en las palabras de los Ministros y de los asesores. Palabras que, seguramente y como es tradicional, volveremos a escuchar. Habrá promesas y planes en torno a que ahora sí, que a partir de este momento vamos a hacer cosas importantes y que ahora sí hay decisión. Palabras, porque en cuanto a hechos concretos, no se saca nada.

Como decíamos antes, se sigue sumando irracionalmente efectores sin un plan director, que compiten por precio, sin control de calidad. No existe ningún control de calidad funcionando, tomando decisiones e informando a los usuarios del servicio de salud. Se compite ferozmente por precios y paquetes de ofertas, pero se compara tocino con bicicletas, en las propias narices del Ministerio que, entre otras cosas, debería controlar la propaganda, en muchos casos engañosa, cuando se compite por precios, sin fijar un estándar mínimo de calidad certificada. La habilitación de nuevos efectores ha llegado, incluso, a toda una serie de irracionalidades que lo único que generan es falta de coordinación, de eficiencia y aumento del gasto.

Nos preocupa, claro está, la falta de voluntad para avanzar en estas definiciones, porque ello nos obliga a pensar que se está frente a un desconcierto de las autoridades bloqueadas por una serie de fuertes intereses o existe una apuesta política de hechos consumados, apostando a los cambios que se generen a partir y sobre la base de los escombros del actual sistema. Esta actitud de subirse a la

crisis-oportunidad, coincidiría con las apreciaciones de algunos técnicos del Poder Ejecutivo que plantean la necesidad de generar condiciones que atraigan al capital financiero orientado al sector salud, lo que, en buen romance, en estos tiempos y en estas regiones, significa generar condiciones para la instalación definitiva de las aseguradoras multinacionales de riesgo que, al competir, obliguen al resto del sistema a seguir modalidades parecidas para sobrevivir comercialmente.

Alguien podría opinar que se trata de visiones desde la izquierda, pero para quienes tienen esa idea, leeremos el siguiente informe: "El actual marco de regulaciones de las instituciones de salud en Uruguay se encuentra fragmentado y disperso en un conjunto poco operativo de normas, al tiempo que no se dispone de una institución especializada que ejerza las funciones de regulación y fiscalización. Lo anterior, permite el surgimiento de los seguros parciales, que ante las insuficiencias del marco e institucionalidad regulatoria pueden desarrollar una conducta de selección de riesgo para conformar una cartera de afiliados, concentrándose en los segmentos de rentas altas del mercado y en los grupos familiares con una composición de tamaño, edad y sexo, favorable en perjuicio -escúchese atentamente: en perjuicio- de las instituciones del sistema de salud que sí son reguladas. A su vez, la falta de un organismo regulador especializado ha imposibilitado adoptar fiscalizaciones de carácter preventivo para evitar que la crisis financiera de la institución de salud se propague y termine transformándose en la crisis de todo el sistema de salud". Este texto corresponde a parte del contenido del "Resumen Ejecutivo del Programa de Reforma del Sector Salud" dirigido ante el BID por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, en el año 2001.

Veamos, a continuación, otros temas propios del sistema de salud.

El Ministerio, además de rector, definidor de políticas y policía sanitaria de acuerdo con su Ley Orgánica, ha tenido por mandato constitucional, a través de los servicios públicos, la atención de la salud de los sectores más carenciados del país. Esto significa una franja cada vez más importante de la población de nuestro país, particularmente en el interior de la República.

A través de ASSE, se cumple un papel fundamental en la atención de la salud dirigida a la población más desvalida. Dicha cobertura, en la actualidad, se ha visto incrementada por la desafectación de un número importante de trabajadores que estaban cubiertos por las IAMC, a través de DISSE y que, producto de este modelo económico, quedaron sin trabajo -19,2% de desocupación- y, por lo tanto, sin acceso a dichas prestaciones. Asimismo, un creciente número de socios individuales o particulares no han podido seguir pagando la cuota mutual, debido a sus magros recursos económicos.

El fenómeno de los tickets recaudadores, por otra parte, ha dejado un importante número de personas sin cobertura de hecho, dado que, aun manteniendo su vínculo con una institución prepaga, no pueden utilizarla, derivando su atención hacia servicios públicos de ASSE, municipales o comunitarios.

Como dijimos anteriormente, se habla de una pérdida de 200.000 socios por parte de las IAMC y de 360.000 compatriotas sin ningún tipo de cobertura formal.

Los anuncios de ir incorporando funcionarios públicos al sistema DISSE no prosperaron, a pesar de que figuraba en los planes preelectorales de los partidos de Gobierno, siendo una excepción la cobertura de los maestros.

Otro tema es el vinculado al modelo de atención, que es un vivo ejemplo de cómo se puede mantener durante decenas de años un discurso y, paralelamente, no promover los cambios en ese sentido.

¿Qué pasa con el modelo de atención preventivo, que sistemáticamente se plantea en los discursos que se va a estimular, porque mejora la calidad de atención y logra mejores resultados para la gente? No se ha establecido ningún tipo de protocolo o norma que deban cumplir los prestadores y por lo cual sean evaluados.

Periódicamente, asistimos a que se hace un gran hincapié desde algunos sectores de la sociedad al factor no limitacionista en el ingreso de estudiantes universitarios de medicina y, por consiguiente, al número de médicos como un factor definidor en el mal funcionamiento del sistema.

(Ocupa la Presidencia el señor Luis Hierro López)

\- Nosotros no vamos a entrar en esa polémica, porque nos parece, en primer lugar, que por un sentido de lógica y razonamiento debemos abordar el tipo de sistema de salud que perseguimos para, luego, establecer la calidad y cantidad de recursos humanos que el mismo necesita. No es lo mismo apostar a una medicina centrada en el médico de familia, o también en el llamado médico generalista o del equipo básico de salud como puerta de entrada a todo el sistema, que proseguir como estamos, donde la asistencia descansa en la suma de especialistas, incluso en el superespecialista, sin que nadie asuma el papel de responsable último de la salud de ese ciudadano o de esa familia. El número y el tipo de médico y demás personal de salud necesario está en función del modelo de atención en el cual funcionan.

Si bien es cierto que hay un problema que tiene que ver con la formación de los recursos humanos, la subvaloración del médico general en el actual sistema tiene de base una responsabilidad incuestionable de la forma cómo está organizada la atención médica en nuestro país, por tanto, de la autoridad sanitaria.

Los países europeos, principalmente aquellos donde desde hace años se trabaja sobre la base de la creación y consolidación de un sistema de salud moderno y preventivo, tienen como pilar al médico generalista.

Asimismo, el concepto de integralidad de la atención identifica la necesidad de incorporar la atención odontológica de manera incremental, potenciando la prevención desde un modelo educativo que la incorpore con naturalidad.

Tampoco debemos olvidarnos de los componentes de la salud mental, tan olvidados o, en el mejor de los casos, para sectores de la población con capacidad económica de pagarla en forma privada.

Esos cambios llevan tiempo y liderazgo, y sólo son posibles de concretar en un Estado eficiente y capaz de dar espacio a la participación de todos los actores de modo de generar una reforma con fuerte apoyo. El sistema de salud uruguayo tiene múltiples instrumentos para promover cambios. A título de ejemplo mencionamos la fuerte regulación existente, expresada entre otros por la fijación de la cuota prepaga y su paramétrica, de los copagos, de la afiliación de los socios DISSE o de los proyectos de viabilidad, todo lo que determina posibles estímulos y desestímulos para acompañar los cambios que el Estado promueva. Al respecto, hoy estamos en una grave situación, en la medida en que toleramos -como casi acostumbrados y a la vista de todos- que a través de los grandes medios se vincule calidad de atención a la utilización de la tecnología, tema que no resiste ningún análisis y tiende al alza irracional de los costos. Como se sabe, la alta tecnología no sólo comprende los aparatos de diagnóstico y tratamiento, sino que también incluye fármacos y equipamiento de otro tipo. Estos componentes de alta tecnología de última generación son los que inciden fuertemente en los costos; las instituciones logran mejorar su perfil económico con la compra de grandes volúmenes de servicios y medicamentos de alto consumo en la práctica ambulatoria y sanatorial. Sin embargo, unos pocos rubros dependientes de la negociación sin competencia con empresas multinacionales revierten esas economías. La mayoría de los países desarrollados han realizado reformas en sus sistemas de salud que los han modernizado, y si algo es política de Estado -e incluso está bajo la estricta órbita estatal- es la alta tecnología. En todos los países existen comités que, mediante estudios de costo-efectividad y costo-eficiencia, financiados o cofinanciados por la industria interesada, evalúan si se otorga una habilitación para ingresar al sistema de salud. Nunca se encara como un tema burocrático-administrativo, como básicamente sigue siendo en nuestro país en la medida en que no hay definida una política de incorporación tecnológica. Lo que nuestro país exige que se tengan son todas las formas correspondientes y que, a lo sumo, los interesados fundamenten las ventajas de lo que se pretende incorporar.

La calidad, claro está, no se mide con esos parámetros; lo que se hace en nuestro país con esta política de salud es, sí, un claro ejemplo de ineficiencia e imprudencia, cuando no despilfarro, que favorece a determinados intereses y genera expectativas inciertas en enfermos, familiares y profesionales.

En este sentido, siempre hemos pensado que el hospital universitario podría cumplir un papel sustantivo a la hora de instrumentar una política en materia de alta tecnología, como en determinado momento sí hizo. Lamentablemente, por una tozuda actitud del Poder Ejecutivo y de las distintas autoridades sanitarias en las últimas Administraciones, se insiste en asfixiar al Hospital de Clínicas, empujándolo para que se autocierre. Para ello, directamente no se cumple con las partidas correspondientes, habiéndose generado una deuda más que significativa que, más allá de la crisis, sin lugar a dudas encierra una actitud de discriminación para con dicho centro universitario, ejemplo asistencial de nuestro país.

Se ha hablado mucho con relación al modelo de gestión, a tal punto que hemos asistido a quienes identifican la causa de la crisis del sector como resultante única de malas administraciones y gestiones.

A la vez que no dudamos de la importancia de una buena gestión, debemos identificar el peso que ella tiene en el marco de un problema estructural que involucra también a un modelo de atención y financiamiento.

También queremos señalar que muchas veces se confunde buena gestión con el resultado sistemático de ayudas especiales, ayudas resultantes de contactos, de buenos oficios, de rápido tratamiento, de trámites que generalmente duran meses y se consiguen con celeridad cuando se trata de determinadas instituciones o personalidades. Eso no es buena gestión aquí ni en ninguna parte del mundo.

Seguidamente queremos decir que aquí han pasado cosas muy graves a lo largo de los años: Ministros que también eran empresarios y cuyas empresas venden o vendían servicios al Estado, e instituciones que han sido favorecidas por préstamos de la banca pública, recurso que sistemáticamente se le ha negado a otras.

A la buena gestión se la asocia también con quienes aplican, con mayor o menor coerción, la flexibilidad laboral como instrumento para bajar costos. También se la ha asociado a nuevas formas de contratación de personal, en donde se obliga al personal que ya venía cumpliendo tareas en relación de dependencia a pasar a desempeñar parte de su habitual jornada laboral como empresa unipersonal, de forma de achicar sus aportes al Banco de Previsión Social y lograr economías.

El tema de la gestión para nosotros es muy importante. Estamos dispuestos a ayudar desde siempre en estos temas, y así como particularmente presentamos hace unos meses

un proyecto sobre medicamentos genéricos para el tratamiento del SIDA -en realidad, hace ya un año-, ahora tenemos expectativas sobre lo que se está haciendo con respecto a este tema de la compra de genéricos desde el actual Ministerio de Salud Pública.

Asimismo, decimos a las actuales autoridades que no se puede seguir perdiendo el tiempo con determinados detalles y números vinculados a los proyectos de viabilidad que, por ejemplo, se les están pidiendo a las IAMC para que puedan seguir funcionado. En el marco de la fenomenal crisis que vive el país, estos detalles a que hacíamos referencia quedan totalmente condicionados por las externalidades del sistema.

No se puede hablar de buena o mala gestión sin una fuerte autoridad sanitaria, sin un fuerte papel de auditoría, sin reglas claras e iguales para todos, porque hoy las reglas no son iguales para todos.

El tema del financiamiento es fundamental como garantía de una equidad en el acceso a la salud, que con el tiempo se ha vuelto insultante. Todos los habitantes deben tener acceso a una atención digna y sus aportes al sistema deben ser proporcionales a sus ingresos, es decir, bajo la forma de un Seguro Nacional. Así lo entendemos nosotros. Se trata de financiar la atención a la salud sobre la base de un porcentaje de los ingresos de los hogares según franjas y dejando a un sector de la población sin necesidad de realizar aportes cuando se trate de hogares de muy escasos ingresos.

Hay en estudio diversas alternativas para que, creando un fondo recaudador, éste abone a las distintas instituciones prestadoras por cada usuario, socio o abonado que esté bajo su cobertura, teniendo en cuenta la edad, el sexo y factores de riesgo a considerar, de modo de evitar la selección de pacientes que hoy existe en el llamado por algunos "mercado de la salud". También esta forma de financiamiento habilitará a contar con una potente base de datos y poner en práctica sistemas más racionales, incorporando modalidades de pago por prestaciones según diagnóstico, lo que en otros países ya existe. Esto es, que sea el fondo el que pague por prestaciones y no el usuario. No es posible que cuanto peor esté un enfermo, en su peor momento, más tenga que pagar. Eso no tiene nada de solidario, señor Ministro.

Naturalmente, este sistema de seguro tiene como base la filosofía del impuesto a la renta, por lo que ahora que se ha recomenzado a estudiar su viabilidad, parece bien interesante tenerlo en cuenta.

Modelo de atención, de gestión, de financiamiento, autoridad sanitaria nacional, son temas sustantivos para mejorar nuestro sistema de salud.

Ahora vamos a referirnos a algunos temas puntuales que han ocurrido básicamente durante los últimos dos años, algunos con implementaciones durante la gestión del señor Ministro.

El 14 de agosto, el Ministerio que usted dirige informaba a la Comisión de Salud del Senado que ese día se iniciaba la aplicación de la segunda dosis de la vacuna contra el meningococo en el interior del país.

Preocupados por las múltiples llamadas a nuestro despacho que denunciaban la falta de éstas -hecho que además pudimos constatar personalmente en varios departamentos- y ante la ausencia de respuesta a las consultas telefónicas que realizamos al Ministerio, el 20 de setiembre enviamos una nota a la División de Epidemiología planteando nuestra preocupación. A esa altura, según nuestro relevamiento, faltaban unas 10.000 dosis en el interior, de acuerdo con la información con que contábamos al 20 de setiembre. No obtuvimos respuesta que confirmara o desmintiera estos hechos, quedando sin contestación nuestra preocupación. Por lo tanto, le vamos a preguntar ahora sobre ese tema al señor Ministro.

El 24 de setiembre, en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, el Ministerio manifiesta que, cumplidos los plazos de vacunación, se redistribuirían las dosis sobrantes en aquellos lugares donde faltaron. Informa también que el stock inicial fue de 1:270.000 dosis y que vendrían en esa semana -es decir, la del 24 de setiembre- 20.000 dosis de Brasil.

El 10 de octubre -según una crónica de "Búsqueda"- el señor Ministro no quiso referirse a los problemas existentes con el abastecimiento de dosis de la vacuna contra la meningitis en varias zonas del interior. Dijo textualmente: "Creo que en este momento estamos en un tema muy trascendente como es este de la neurocirugía, el cual lo queremos poner de relieve" y se remitió a responder que "la segunda dosis se estaba dando".

El 6 de noviembre una autoridad departamental de su Ministerio declaraba a la prensa: "El Ministerio de Salud Pública se quedó sin la posibilidad de comprar vacunas porque no se fabricaban más y si no tenemos la posibilidad de comprarla, no puede administrarse a quienes esperan la segunda dosis, aunque aún queda un pequeño remanente para vacunar a quienes los médicos sugieran necesario."

Pero no salimos del asombro al leer declaraciones suyas, señor Ministro, en el mismo departamento, el pasado 23 de noviembre, manifestando: "El laboratorio cubano que tenía la patente se la vendió a uno americano y por lo que yo sé no se estaría fabricando". "En el país todavía hay vacunas, además que yo sepa el plazo venció el 30 de setiembre y me parece que hoy estamos a 22 ó 23 de noviembre, ya ni sé en qué día estoy."

En definitiva, señor Ministro: ¿quedaron dosis o no?

Disponemos de información que muestra que en 13 departamentos la segunda dosis llegó a menos del 85% dentro de los que recibieron la primera. Son prácticamente 100.000 niños y jóvenes que, habiendo recibido la primera dosis, no quedaron inmunizados.

Si quedaron vacunas, ¿por qué no llegaron en tiempo y forma a los niños y adolescentes que debían recibirlas?

Si no alcanzaron, ¿por qué no se hicieron las gestiones para comprarlas, pedirlas o lo que fuera? Lo que importaba era conseguirlas para evitar que quedaran sin inmunizar niños y jóvenes de todo el país. ¿Tanto importa que sea cubana? ¿Nuestros niños son diferentes a los de Estados Unidos, que no duda en inmunizar con esta vacuna a pesar de su procedencia?

Por otra parte, le informo, señor Ministro, que la vacuna se sigue produciendo en Cuba; nunca dejó de fabricarse.

¿Merecían nuestros niños otro año más de omisión del Ministerio de Salud Pública por simple y barata politiquería? Porque esta situación tiene sólo dos explicaciones posibles: o se quiere boicotear la vacuna porque se sigue dudando de su eficiencia y la medida de vacunar en realidad fue parte de la epidemiología política con la cual el Ministerio ha encarado este tema desde el principio, o estamos frente a una ineficiencia, irresponsabilidad y debilidad de la estructura sanitaria. ¿Qué les vamos a decir a los padres si se produce un nuevo caso fatal? Estos niños y adolescentes que no recibieron la segunda dosis no están inmunizados.

Nuestro país, ejemplo en materia de política inmunitaria, nunca había sido tan irresponsable como con esta vacuna. Desde que se asumió la vacunación, lo único que correspondía era realizar la correcta inmunización a la población objetivo. Eso no se logró. ¿Quién responde por eso? Supongo que la culpa no se la llevará la población nuevamente. Porque no sólo responde usted, señor Ministro, ante la población; acá respondemos todos los que algo tenemos que ver con las cosas que le pasan a la gente en nuestro país.

Usted se ha pronunciado en contra del valor científico de esta vacuna en varias oportunidades, pero todos recordamos que finalmente el Ministerio de Salud Pública decidió vacunar, quedando pendiente una investigación administrativa por irregularidades constatadas en la determinación de las cepas. Que sepamos, nunca se dio respuesta oficial a estos graves hechos. Ya ni hablemos de responderle a una simple Senadora de la República, que el 23 de abril en la Comisión de Salud Pública del Senado le solicitó información sobre el curso de las investigaciones. Obviamente, no trataba de satisfacer una ansiedad personal, sino que el Parlamento conociera oficialmente la información sobre un hecho que provocó la remoción de la cúpula ministerial anterior y el planteo de una interpelación, pospuesta para dar oportunidad a que la gestión del actual Ministro solucionara estos temas y clarificara la situación y las responsabilidades.

Usted mismo dijo: "Yo solamente asumo los riesgos", y vaya si los asumió, porque las consecuencias de un largo silencio pueden ser más contraproducentes que las que se pretendieron evitar poniendo en riesgo la salud de muchos niños y adolescentes. Y eso que tomó nota, señor Ministro, porque también dijo "yo no entiendo de esta materia".

Otro tema de enorme sensibilidad en nuestra realidad epidemiológica es la problemática del dengue. Las autoridades de organismos internacionales y nacionales, incluyendo las instituciones departamentales y la sociedad civil organizada, a través de las Comisiones de Fomento, comisiones de las Escuelas Públicas, etcétera, así como las distintas instancias parlamentarias, han demostrado su enorme preocupación por este tema.

Si tuviéramos que resumir la situación actual, creo que estamos regalados en el marco regional en el tema del dengue. En este, como en otros temas, lo de siempre: mucha Comisión, muchas reuniones, pero lo único que se está haciendo hoy por hoy es colocar larvitrampas, cuando se colocan, y controlarlas cuando hay combustible.

Se firmaron convenios interinstitucionales con las distintas Intendencias; después se dijo que los resultados habían sido buenos, regulares y malos, pero luego se cambió la estrategia y se involucró al Sistema Nacional de Emergencia en el tema. Ya disponíamos de información sobre los convenios, brindada por Parlamentarios que no son precisamente de nuestra fuerza política, que planteaban que no se estaba haciendo nada operativo para enfrentar el riesgo potencial. Porque el dengue se enfrenta con actividades continuas, educativas y de vigilancia epidemiológica activa, que persigue respuestas rápidas y oportunas, diametralmente diferentes a lo que su Ministerio está haciendo.

Diez departamentos presentan infestación con larvas. Mercedes y Fray Bentos son las ciudades con mayor presencia del mosquito. No sigamos cambiando los ámbitos de responsabilidades, recortando en combustible y sin disponer en tiempo y forma de reactivos. Este país ya sabe lo que le puede suceder cuando la región presenta un riesgo sanitario de este tipo. Hay que militar, señor Ministro, para eliminar y tener a raya al mosquito vector. Convoque y estaremos todos.

PLOMO CROMO

Si de Comisiones hablamos, finalmente el 12 de noviembre de este año se creó la "Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de los efectos adversos sobre la salud humana de los contaminantes químicos ambientales", pomposo nombre para designar a una Comisión que tiene la finalidad de asesorar y coordinar la prevención y vigilancia de la salud humana, de la contaminación ambiental por sustan-

cias químicas. Comisión que, finalmente, -esperemos- comience a realizar acciones concretas sobre la contaminación por plomo y cromo, largamente denunciada y sin respuestas adecuadas durante tanto tiempo. ¿Cuánto tiempo deberemos esperar ahora, para que se produzcan resultados concretos? Porque, si bien en febrero de 2001 se hicieron públicos los primeros casos de plombemia elevada en La Teja, ya en octubre de 2000 el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) de la Universidad de la República, advertía sobre la necesidad de realizar una investigación ambiental en la zona. Y después -una vez más-: idas, vueltas, anécdotas, promesas, etcétera. ¿Cuánto tiempo hemos perdido? Por lo menos, dos años desde los sucesos de mayor notoriedad, de un tiempo que no se recupera para quienes han estado expuestos a estos elementos, como siempre, los más postergados: los niños y, en especial, los niños pobres.

FUSARIO

Con relación a la contaminación de la harina por DON, el Ministerio de Salud Pública no cumple con los controles que establecen los Decretos Nos. 544/01 del 28/12/01 y el último Decreto de 4/12/02. No se realizan las publicaciones quincenales indicadas como se debiera, en las que se establecería marca e identificación del fabricante o importador responsable. Además, la autoridad sanitaria tiene la potestad de decomisar y destruir todos los elementos contaminados.

El Departamento de Biología Vegetal de la Facultad de Agronomía denuncia que "debido a la falta de controles" la población ha sido intoxicada y que los sectores más vulnerables son los de menores ingresos, cuya dieta está constituida en un 40% por farináceos. Y seguramente se hayan quedado cortos en este porcentaje.

Como el señor Ministro sabrá, esta toxina deriva del hongo Fusarium, afecta todo el sistema inmunológico y tiene un efecto acumulativo, lo que termina provocando un aumento de las enfermedades infectocontagiosas.

También la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo informó que realizó desde abril de 2001 hasta la fecha unos 600 análisis para detectar DON en las harinas. Estos se realizaron directamente en los molinos, en la venta de harinas al público y en productos panificados elaborados, de los que surge que entre un 40% y un 50% superaban ampliamente el límite máximo establecido por el Ministerio de Salud Pública. ¿Qué se está haciendo en el conjunto del país? ¿Son estas las cifras?

También se han puesto de relieve los déficit en detección adecuada y oportuna de hantavirus y leptospirosis, pero hoy nos hemos propuesto no entrar en todos estos temas. Tampoco admitimos por respuesta, una vez más, demoras de tipo administrativo. Son muy graves las cosas que están pasando.

Damos por finalizada la exposición y comenzamos con la etapa de las preguntas.

1. SISTEMA DE SALUD

1. ¿Cuál es el enfoque o modelo de Sistema de Salud que se persigue como guía para la toma de decisiones de su Cartera?

1.1 ¿Cuál es el rol que se le asigna al MSP en dicho modelo y cómo valora la actividad propia del MSP como autoridad sanitaria en materia de supervisar y ejercer el control de todos los componentes del sistema?

1.2 ¿Cuál es el papel asistencial que se le asigna a los diferentes subsectores público y privado? ¿Va a promover cambios en cuanto a cobertura y servicios en los distintos subsistemas?

1.3. ¿El escenario en que van a funcionar ambos subsistemas, será de coordinación o de competencia?

Si es de coordinación,

1.3.1. ¿En qué área, en qué niveles, sobre qué estrategia en Montevideo y en el Interior del País?

1.3.2 ¿Se van a traspasar cobertura y servicios del subsector público al privado?

Figuras del Gobierno en reiteradas oportunidades han manifestado que el MSP debería desprenderse de determinadas actividades de prestación directa asistencial que hoy realiza, por ejemplo, privatizando, tercerizando servicios, etc. y dedicarse a potenciar su función normativa.

1.4 ¿El MSP se va a desprender de áreas asistenciales y/o de apoyo?.

1.5. ¿Qué va a pasar con los servicios asistenciales de ANCAP, Banco Hipotecario, etc.? ¿Continuarán?

1.6. ¿Qué papel se le asigna a los seguros privados hoy ya presentes en el país, que determinan paquetes asistenciales en función de riesgos y capacidad económica de pago?

1.7. ¿Qué papel se le asigna a los seguros parciales, van a ser reglamentados y auditados?

El MSP a los efectos de cumplir con su obligación, requiere de información sistemática sobre indicadores asistenciales de manera de poder evaluar la calidad de las prestaciones que se realizan.

Sabemos de la existencia de auditorias económico financieras. En lo que refiere, específicamente, a las prestaciones

asistenciales, desde hace ya algún tiempo, a través del SINADI y otras bases de datos, el MSP posee información sobre el sistema de salud. Esto lo hacemos a modo de introducción para las siguientes preguntas.

1.8. ¿La información que posee el MSP a través del SINADI y otras bases de datos, está auditada y es confiable como para sacar conclusiones firmes?

En cuanto al tipo y acceso al conjunto de prestaciones asistenciales que reciben los ciudadanos de nuestro país:

1.9. ¿Son las mismas prestaciones en cuanto a tipo y accesibilidad para los usuarios de los servicios de ASSE, que para los que tienen cobertura mutual? Si existen problemas, ¿cuáles son?

Para el caso de los usuarios del sector público:

1.10. ¿Son las mismas prestaciones en cuanto a tipo y accesibilidad para todos los habitantes que estén bajo la cobertura del sector público, independientemente del departamento y de la zona en que viven? Si hay diferencias, ¿cuáles son?

El ciudadano de nuestro país, que quiera afiliarse a una IAMC:

1.11. ¿Recibe toda la información que el MSP entiende como necesaria, confiable y suficiente para proteger su libre decisión como consumidor?

1.12. ¿Todas las IAMC ofrecen la misma prestación asistencial para el tratamiento de las diversas patologías? Tomemos, como ejemplo, las afecciones oncológicas, tan frecuentes en nuestro medio en la medida que constituyen la segunda causa de mortalidad general de nuestra población.

1.13. ¿Hasta qué fecha los socios por DISSE seguirán sin la posibilidad de cambiar de institución mutual? ¿Cuál es la razón de este corralito y de qué depende la decisión de modificar esa situación?

2. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Sabemos que una de las experiencias en materia de desarrollo del cambio del modelo de atención vinculado a la estrategia de APS que la actual Administración tiene muy en cuenta, tanto en los contenidos como en su forma, es la experiencia realizada en el interior del país, más precisamente en Tacuarembó.

Al respecto, quisiéramos realizar algunas preguntas:

2.1. ¿Cuál es el monto de los recursos económicos que se ha recibido de la GTZ -corporación alemana- y de otras agencias de ayuda internacional desde 1985 a la fecha, que corresponden a los inicios de esta experiencia en el departamento de Tacuarembó?

2.2. ¿Cuántos contratos de obra existen y de qué montos estamos hablando?

Conocemos indirectamente, porque la Comisión de Salud del Senado no ha sido informada, de la existencia de materiales escritos por parte del MSP que plantean la creación de los Departamentos de APS o DAPS. Conociendo la importancia que en la APS tiene la participación de todos los actores en el diseño de esta estrategia:

2.3. ¿Cuál es el nivel de participación que han tenido o están teniendo los distintos actores, usuarios, trabajadores médicos y no médicos en la elaboración de dichos materiales?

2.4. ¿Cuál es la forma de resolver las desigualdades en materia de salarios de los distintos efectores que se piensan coordinar en el marco de las DAPS?

2.5. ¿Cómo se gestionará la administración de los recursos, económicos, humanos y materiales con la actual estructura de funcionamiento del Sistema?

VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA

2.6.¿Qué evaluación tiene el Ministerio de lo realizado hasta el momento con respecto a la vacunación antimeningocóccica BC, al haberse cumplido la misma durante su ejercicio?

2.7 ¿Cuántos niños y cuántos adolescentes constituían la población objetivo?

2.8. ¿Cuántos niños entre 2 y 4 años, y entre 4 y 19 años, recibieron primera y segunda dosis en forma correcta?

2.9. ¿Cuántos niños quedaron mal inmunizados por no haberse dado la segunda dosis?

2.10. ¿Sobraron dosis de vacuna? De ser afirmativa la respuesta: ¿Cuántas son y dónde se encuentran?

Si no alcanzaron,

2.11. ¿Por qué no se adquirieron o se pidieron donaciones?

2.12. ¿Qué evaluación realiza el MSP de esta acción de promoción específica de salud, con la cobertura de inmunización alcanzada?

2.13. ¿Qué se va a hacer el próximo año con este tema, con la población mal inmunizada de niños y jóvenes?

2.14. ¿Por qué el señor Ministro y algunos directores de Hospitales han manifestado que en Cuba no se fabricaba más cuando resultaba muy fácil confirmar la inexactitud de esa información?

3. COBERTURA Y SERVICIOS DEPENDIENTES DE ASSE

3.1. ¿Cuál es la población que se encuentra bajo la cobertura que tienen los servicios dependientes de ASSE?

3.2 ¿Cómo se determina su número?

3.3. ¿Cuántos carné de asistencia tiene expedido el Ministerio de Salud Pública?

3.4. ¿La disminución de abonados de las IAMC, ha determinado una mayor demanda de los servicios públicos? ¿Cuál estima es la explicación?

3.5. ¿Qué rubros debe potenciar ASSE para afrontar la mayor demanda potencial?

CON RELACIÓN A LA RED HOSPITALARIA PÚBLICA.

3.6. ¿Se cerrará algún hospital público en el país?

3.7. ¿Cuál es el papel que se le asigna al Hospital de Clínicas en dicha red?

3.8. ¿Usted entiende razonable la situación actual del Hospital Universitario, qué solución se tiene desde la política sanitaria?

Durante la exposición hicimos referencia a una lista amplia de demandas de falta de insumos de todo tipo en la red asistencial de ASSE.

3.9. ¿Cuál es la política y cuáles los planes de contingencia para resolver las carencias en materia de medicamentos y demás insumos a los que hicimos referencia?

4. CON RELACIÓN A LOS CONTRATOS

Señor Ministro: usted ha comprometido una profunda revisión de contratos y gastos que permitan lograr economías que podrían llegar incluso al casco central de la Cartera. Le recuerdo, señor Ministro, que el 5 de junio del corriente año, solicité información que al día de hoy no he recibido -lo cual lamento- y me veo obligada a preguntar sobre esto. Tengo interrogantes sobre el tema de la política de recursos humanos y particularmente sobre el tema contratos, en función de la trascendencia que esto viene teniendo.

El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado una estrategia en materia salarial que suma a las partidas presupuestarias vinculadas al personal propio de sus dependencias, fórmulas que pasan por contratos con dependencias tales como Comisiones de Apoyo, Comisiones de Apoyo Locales y Patronato, combinadas éstas o no.

En materia salarial, existen diferencias muy significativas entre las retribuciones del personal de salud de las distintas dependencias del Estado siendo, justamente, los salarios del Ministerio de Salud Pública-ASSE los más sumergidos dentro de los funcionarios del Estado vinculados a la salud. En los últimos días se manejaron cifras de sueldos de médicos y funcionarios de Salud Pública en el entorno de los $ 3.500.

Luego de esta introducción quisiera preguntar lo siguiente.

4.1. ¿Usted entiende que esa brecha entre los salarios de los funcionarios del Estado en las distintas áreas o dependencias vinculadas a la salud son lógicas y razonables?

4.2 ¿Se van a equiparar los salarios o se va a disminuir esa brecha? ¿Cuándo y cómo?

4.3 ¿Cuál es la política del Ministerio de Salud Pública en materia de recursos humanos? ¿Se va a continuar con dicha política en el sentido de limitar y hacer ahorros del Ministerio de Salud Pública en materia salarial a la vez que generar contratación de personal bajo esas otras modalidades?

4.4 ¿Cuántos asesores incorporó su gestión, sea en pases en comisión, contratos unipersonales, por comisiones de apoyo y cuál es el monto de esas retribuciones?

4.5 ¿Cuál es el número y monto de contratos por Comisiones de Apoyo, Comisiones de Apoyo Local y Patronato, discriminando en tareas asistenciales y no asistenciales?

4.6 ¿Los cargos de particular confianza tienen incentivos o complementos y en algún caso superan el sueldo del Ministro?

Anteriores Ministros de este Gobierno comprometieron el mecanismo del concurso para llenar los cargos a los efectos, inclusive, de regularizar, sanear y aventar el comentario de que el Ministerio es un club político.

4.7. ¿Cuál es el actual mecanismo para designar las distintas categorías de funcionarios médicos o no médicos en las antes mencionadas Comisiones de Apoyo?

4.8. ¿Cómo ha evolucionado en el tiempo el monto destinado al pago de salarios o compensaciones que se pagan a través de las Comisiones de Apoyo Centrales y Locales?

Tenemos información de que hay cargos jerárquicos dentro del Ministerio de Salud Pública, no necesariamente

asistenciales, cuyo total de remuneraciones, incluyendo salario percibido por Salud Pública y contrato o contratos de Comisiones de Apoyo, supera el 90% de lo que percibe el señor Ministro.

4.9. ¿No viola esto el decreto correspondiente?

El Decreto Nº 208/2002, del 12 de junio del presente año, establece la prohibición de suscribir o renovar contratos de consultoría bajo la forma de arrendamiento de obra o de servicios a favor de funcionarios públicos estableciendo, asimismo, la imposibilidad de suscribir contratos a favor de funcionarios que revistan o se desempeñen en el mismo Inciso.

4.10 ¿Cómo ha hecho el Ministerio de Salud Pública para solucionar esta prohibición y con qué fundamento se mantienen vigentes tanto los salarios percibidos por Salud Pública como las retribuciones de los contratos de arrendamiento de servicios realizados a través de las Comisiones de Apoyo?

4.11. ¿Los funcionarios de Salud Pública tienen un tratamiento distinto al resto de los funcionarios de la Administración Central?

4.12. ¿Cómo se selecciona la integración de las Comisiones de Apoyo?

4.13. Con relación a las observaciones que hoy mencionamos acerca del Tribunal de Cuentas sobre este tema, ¿se ha realizado alguna modificación de los procedimientos efectuados por su Cartera?

5. PREGUNTAS SOBRE EL MUTUALISMO

Viene funcionado, desde hace dos años, un grupo de trabajo con economistas y médicos, denominado PROMOSS, con el cometido de evaluar proyectos de viabilidad de las mutualistas en el marco del Programa de Fortalecimiento de ese sector. Esos proyectos debían contener una serie de información muy precisa y debían acompañarse de una auditoría económico financiera externa, que asegurara que la información presentada era veraz.

Como explicáramos anteriormente, después de tener la aprobación del PROMOSS, los proyectos eran evaluados por una calificadora de riesgos. Este trámite permitía, según se expresaba en la documentación del Ministerio de Salud Pública, acceder a un préstamo, vía BID, destinado a hacer frente a parte de los pasivos de las instituciones, renegociándolos y previendo, además, la potencialización de procesos de reestructura que permitieran mejorar la gestión.

Ese grupo lleva ya más de dos años de funcionamiento y ha aprobado un número importante de proyectos de instituciones mutuales. Algunos de los proyectos presentados no fueron aprobados y, corresponde decirlo, algunas instituciones no presentaron proyectos de viabilidad, por lo que no sufrieron tan exigente trámite y control.

Entonces, queremos preguntar:

5.1. ¿Cómo funciona el PROMOSS, cuántas personas y técnicos lo integran, cómo se seleccionaron, cuánto hace que están en funciones y cuál es la erogación en materia salarial?

5.2. ¿Cuál es la razón por la cual aún no se ha efectivizado el dinero del BID destinado a las mutualistas que cumplieron con todos los pasos previstos y exigidos para la aprobación de sus proyectos de viabilidad?

5.3. A su juicio, ¿dicha demora ha incidido en un agravamiento de la crisis económico financiera del sector?

Hay una institución mutual, de las más grandes de Montevideo, que no habiéndose presentado al préstamo del BID, consiguió que el Directorio del Banco de la República le prestara U$S 10:000.000, mientras se le negaban recursos a todo el mundo. Todo ese mundo sabe, también, que las demás IAMC que sí se han presentado al préstamo del BID y fueron sometidas a los controles antes mencionados, aún no han recibido ningún dólar.

5.4. ¿El Ministerio de Salud Pública tuvo o tiene conocimiento de esta situación?

5.5. ¿Fue consultado al respecto, previo al otorgamiento de ese crédito?

En estos últimos días, se han cerrado dos nuevas mutualistas.

El mecanismo de clausura previsto para la distribución de afiliados y trabajadores establece un listado de instituciones a los cuales pueden vincularse los socios de las ex mutualistas.

5.6. ¿Dichas mutualistas seleccionadas o habilitadas están en condiciones asistenciales y económico financiera para proceder a esa absorción de socios y trabajadores?

5.7. ¿Cómo se explica que en dicha lista figuren instituciones que, o no se presentaron para el préstamo del BID -por tanto, el Ministerio de Salud Pública no tiene un monitoreo de su situación económico financiera tal cual vimos- o sí se presentaron, pero sus proyectos de viabilidad, a la fecha, no fueron aceptados y están como posibles destinatarias de estos socios, trabajadores de la mutualista cerrada?

5.8. ¿Se van a cerrar más mutualistas?

Un directivo del Plenario de Instituciones Mutuales recientemente, a través de los medios, hizo una clara denuncia sobre irregularidades en los procedimientos por los cuales se favorecería a algunas IAMC frente a las otras al momento de ofrecer los socios de OCA Larghero.

5.9. ¿Puede explicar cómo se instrumentó el procedimiento por el cual se realizaba la operación de selección de los ex socios de Oca Larghero?

5.10.¿Usted descarta que puedan haberse cometido irregularidades?

5.11 ¿Está en marcha alguna investigación y, si se hizo, cuál es su conclusión?

En la actualidad, se cuenta con disposiciones legales que sancionan a directivos de instituciones asistenciales que realicen la denominada intermediación lucrativa.

5.12 Actualmente, ¿hay instituciones que siguen haciendo intermediación lucrativa?

5.13 ¿Existen denuncias de que se estén procesando?

6. EN RELACIÓN CON EL TEMA FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

Con relación al sector mutual:

6.1 ¿Piensa el Poder Ejecutivo seguir con una política de fijación de precios sólo con relación a los ingresos -nos referimos al valor de cuotas y copagos- y no determinar políticas que atiendan los costos asistenciales como, por ejemplo, costo de medicamentos, tecnologías, etcétera? ¿Le parece lógico el control de sólo una de las variables de la ecuación?

6.2. ¿Su Ministerio entiende válido el actual sistema de financiamiento del Sector o va a modificarlo, incorporando el planteo del Seguro Nacional de Salud, con aportes proporcionales a los ingresos por persona o familia?

7. PREGUNTAS SOBRE TECNOLOGIA Y MEDICAMENTOS

7.1. ¿Cuál es la política del Ministerio de Salud Pública en materia de tecnología?

El Fondo Nacional de Recursos nace y funciona con el objetivo de financiar prestaciones calificadas como de alta tecnología. Muchas de ellas, con el pasar del tiempo ya no integran esa categoría, entre otras: marcapasos, litotricias, etcétera.

7.2. ¿Cuál es la razón -pues, incluso, está previsto en la ley de creación del mismo- por la que la lista de prestaciones financiadas por el Fondo no se adecua en el sentido señalado?.

7.3. ¿Cuál es la razón por la cual el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA no cumple con el artículo 3 de la Ley 16.343 en cuanto a aportar al Fondo Nacional de Recursos en función de su cobertura, sino que lo hace por prestaciones?.

7.4 ¿El Ministerio de Salud Pública va a continuar con los actuales IMAES públicos? ¿Está evaluando incorporar nuevos IMAES públicos?

MEDICAMENTOS

Tenemos conocimiento de la existencia de una Comisión de Vademécum del Ministerio de Salud Pública para ajustarnos a las necesidades terapéuticas Nacionales.

La accesibilidad a los medicamentos por parte de la población, fundamentalmente la de menos recursos y que se asiste en el sector público, es parte de los objetivos de una política de medicamentos.

Nuestro país debe encarar, con celeridad, una Política Nacional de Medicamentos que contemple el registro, habilitación, producción, importación de principios activos y productos terminados, depósito y contralor de todos los puntos de la cadena.

Concomitantemente con todo esto, los precios de los medicamentos se han incrementado enormemente y en el sector de medicamentos se han perdido cientos de puestos de trabajo.

Con esta introducción, queremos preguntarle:

7.6. ¿Cuál es la política de medicamentos que tiene el Ministerio de Salud Pública?

7.7. ¿Es razonable la existencia de un vademécum diferencial entre el subsector público y el privado?.

Hace escasas semanas, usted anunció la voluntad de realizar un procedimiento de compra de medicamentos centralizado:

7.8 Con respecto a la política de compras de medicamentos, ¿cuál es la razón de que ahora, recién ahora, se anuncie un procedimiento de este tipo?

7.9 ¿El llamado a licitación centralizado de compra de medicamentos anunciado por usted es algo nuevo, ya se efectuó en algún momento y, si no se hizo aún, cuándo se hará?

7.10 ¿Cuántos medicamentos, por niveles de atención, componen el vademécum de ASSE y van a ser licitados en forma centralizada?

7.11. ¿La licitación va a ser dirigida a firmas de nivel nacional o internacional?

7.12. ¿Cuál es la deuda de ASSE actual con la industria farmacéutica?

7.13 ¿Cuál es el sistema de pago acordado con dichos acreedores, con el pasivo y con las nuevas compras?

7.14 ¿Se está cumpliendo con los pagos? ¿En que proporción?

7.15 ¿Cual es la deuda de ASSE con los demás acreedores de insumos?

7.16 ¿Cuál es el sistema de pago acordado para los pasivos con los mismos y para las nuevas compras? ¿ Si se está cumpliendo, en que proporción?

7.17.¿Cuál es la política en materia de medicamentos genéricos?

Hasta ahora, se han importado genéricos para el tratamiento del SIDA,

7.18 ¿Se va a importar otro tipo de medicamentos genéricos?

7.19.¿Cuál fue el resultado concreto de su viaje a la India?

8. SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA

En el marco de las potestades y obligaciones que le asigna la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública y dados los últimos acontecimientos ocurridos de pública notoriedad,

8.1. ¿Cuál es la valoración que usted, señor Ministro, hace de la gravedad de los hechos ocurridos en torno al Laboratorio BIOFARMA en que hay personas fallecidas y se ha clausurado el establecimiento?

8.2. ¿Cuál es su valoración de la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en todo lo ocurrido en torno al laboratorio BIOFARMA?

8.3. ¿Cómo efectúa el Ministerio de Salud Pública el control y fiscalización de laboratorios de análisis y de productos farmacéuticos?

8.4 ¿ Cuántos inspectores están destinados a dicha tarea y cuál es el número de inspecciones realizadas en el último año, por ejemplo, frecuencia de las visitas, irregularidades constatadas, cierre de empresas desde el año 2000 a la fecha?

PREGUNTAS SOBRE FARMACIAS

El 21 de mayo de 2002, una delegación del Centro de Farmacias del Uruguay planteó ante la Comisión de Salud Pública la existencia de una política desregulatoria por parte del Ministerio de Salud Pública, con criterios desiguales y la apertura antirreglamentaria de tres farmacias. La habilitación de estas farmacias habría violado las disposiciones que imponen que, en zonas urbanas, la distancia entre farmacia y farmacia no puede ser menor de 200 metros y en la suburbana, de 400.

8.5. ¿Cuáles han sido los fundamentos para habilitar farmacias dentro del radio de las ya establecidas?

8.6. ¿Qué plan de inspecciones tiene desarrollado el Ministerio de Salud Pública, a los efectos de garantizar el fiel cumplimiento de las disposiciones existentes, con el objetivo de proteger a los usuarios y a los legítimos intereses del sector farmacéutico?

Hemos recibido denuncias sobre venta de medicamentos en establecimientos no autorizados:

8.7. ¿Usted tiene las denuncias del Centro de Farmacias del Uruguay al respecto? ¿Cuál es la opinión del Ministerio de Salud Pública?

CONTROL DE ALIMENTOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Los Hospitales de ASSE reciben alimentos procesados para sus pacientes internados. Estamos en conocimiento de la existencia de una disposición del propio Ministerio, exigiendo la habilitación de Bromatología de los alimentos procesados, así como de los locales donde los mismos se elaboran o procesan.

Tenemos en nuestro poder varias denuncias recientes en ese sentido y que están en poder de las autoridades del Ministerio.

Queremos preguntarle:

8.8. ¿Se controla el cumplimiento de esta disposición para la adquisición de frutas y vegetales procesados?.

8.9 ¿Quién asume la responsabilidad de ese control?

(Ocupa la Presidencia el Senador doctor Correa Freitas)

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. Ruben Correa Freitas).- Tiene la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Antes de introducirme de lleno en mi exposición y contestar las preguntas formuladas por la señora Senadora, quiero resaltar algunos aspectos que, me parece, son de particular relevancia.

Cuando asumí el cargo de Ministro de Salud Pública, tuve bien presente que mi compromiso era no sólo con el señor Presidente de la República, sino también, más que nada, con la gente, ya que la gente es lo más importante para el país. Y lo cierto es que lo más importante para la gente es su salud. Entonces, era plenamente consciente de esa responsabilidad, pues la salud está íntimamente vinculada con la equidad y ésta, a su vez, con la ética, la moral y la justicia. Estos son los valores en los cuales me formé, tanto en el ámbito de mi familia como en el de la formación académica y son, precisamente, los que pretendo trasmitir a mis hijos. También tuve presente que ese enfoque filosófico debía pasar de la retórica a la práctica. Mi aproximación a la salud me hizo comprender que su mejora no depende solamente de los conocimientos técnicos de las habilidades profesionales -que, por cierto, afortunadamente, en nuestro país abundan- sino que, además, se necesita comprender una serie de textos sociales, culturales, económicos, medioambientales y políticos a los cuales me referiré a lo largo de mi exposición.

Dentro de esto, el proceso de reforma del sistema de salud y el cambio de modelo asistencial, resultan áreas preponderantes, no sólo en nuestro país, sino en el universo. Tengo, asimismo, el pleno convencimiento que el cuidado de la salud de la población es una de las funciones más importantes y gravitantes del Estado. La salud es un valor intrínseco; vale por sí mismo. Una sociedad con buenos niveles de salud, logra el bienestar y se aproxima a la felicidad. Afortunadamente, nuestro país ha obtenido muchos logros en esta materia, pero todos los aquí presentes tenemos, por suerte, una meta más ambiciosa. Agradezco que eso sea así, porque estamos inmersos en un proceso de mejora permanente. ¡Qué fácil sería si todo estuviera hecho! Sin embargo, constato en este escenario voces de insatisfacción, compartibles y comprensibles en cuanto a la preocupación, lo cual nos obliga a trabajar con más ahínco y a escuchar con más atención. En este sentido, señor Presidente, quiero mencionar al Cuerpo la satisfacción que como ciudadano de este país, con responsabilidades de Gobierno, siento en este momento al vivir la instancia democrática de poder informar a los Representantes de la ciudadanía acerca de las políticas seguidas y de los temas planteados, porque las políticas se enriquecen con propuestas y este es el mejor ámbito para recibirlas.

Mi exposición se va a centrar en efectuar un diagnóstico de la situación de la salud del país, con especial hincapié en diferentes indicadores: la situación demográfica y epidemiológica, y el modelo de atención. Voy a describir el estado de situación en enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles, emergentes y reemergentes, con mayor énfasis en el SIDA para, posteriormente, manejar las diferentes líneas de acción y su estado de avance en la tarea de la dirección general de la salud.

Más adelante, veremos la reforma del sistema de salud, analizando lo que estamos llevando adelante con el modelo de financiamiento, el desarrollo de los recursos humanos y las redes integrales donde estamos recogiendo sugerencias técnicas. Ellos son los pilares sobre los cuales pensamos el sistema del futuro y el soporte del trabajo, para lo cual estamos convocando a los Partidos políticos y a todos los involucrados en la salud -Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior, sociedades científicas, Facultad de Medicina, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Federación Uruguaya de la Salud- para consolidar el proceso de reforma que todos anhelamos.

Haré mención a las tareas desplegadas en la Administración de Servicios de la Salud del Estado, el efector principal del sistema, y un análisis de la situación de los hospitales. Finalmente, veremos la actuación tan relevante que tuvo y tiene el programa de modernización del sector salud, tanto en el asesoramiento para la fijación de políticas, como en la formulación de los proyectos de fortalecimiento de las IAMS, el análisis y actual seguimiento de todo el sector privado. Culminaré con la situación del Fondo Nacional de Recursos.

No quiero dejar de resaltar, en este momento, el trabajo del equipo del Ministerio de Salud Pública, al que todos debemos un reconocimiento con total independencia de mi persona. Deseo, asimismo, disculparme ante los señores Senadores, ya que durante mi exposición no daré interrupciones para mantener el hilo conductor de la misma, a los efectos de una mejor comprensión, ante una convocatoria que abarca un tema tan amplio. Al final de ella y luego de contestadas las preguntas de la señora Senadora interpelante, atenderé todas las interrupciones.

Comenzaremos la exposición ante el Senado de la República con un diagnóstico de la situación, refiriendo a los indicadores demográficos. Los indicadores de salud del Uruguay se encuentran entre los mejores de la región, contando además con un sistema asistencial extenso -integrado por servicios que aseguran una cobertura casi total de la población- y que dispone de calificados recursos de todo tipo, entre ellos profesionales de la salud de alta calificación. Al nacer, la esperanza de vida de la población es de 75 años promedio para ambos sexos, comparables a Chile, con un 75.6, a Costa Rica y Cuba con 76, a Estados Unidos con 77 y Canadá con 79 años. Nuestra población ha cumplido el proceso de transición epidemiológica como consecuencia de importantes cambios sociales y la atención de salud que se han dado a lo largo del siglo. Actualmente, la tasa de fecundidad es de 2.1, o sea, cada mujer en el período de su vida fértil tiene un promedio de dos hijos. La tasa bruta de reproducción presenta un valor de 1.1, es decir que cada mujer a lo largo de su vida fértil tiene un

promedio de una hija. La población en el grupo de 65 años y más ha pasado de un 2.5% -según el censo de 1908- al 13% como indica el último censo realizado en 1996, o sea, seis veces mayor. Considerando la esperanza de vida al nacer, la tasa global de fecundidad, la tasa bruta de reproducción y el porcentaje alto de personas mayores de 65 años, el Uruguay presenta las características demográficas de un país envejecido, similar a las naciones desarrolladas, como Canadá, Alemania, Italia, España e Israel, siendo la población más envejecida de Latinoamérica. Algunas características de la época actual, a la que no escapa Uruguay, son las consecuencias de los efectos de la acción del hombre sobre su ecosistema, en muchos casos favorables, pero en otros perjudiciales para la vida: métodos agrícolas intensivos que causan desequilibrio de los ecosistemas, los embalses que son caldo de cultivo para los mosquitos, el uso indiscriminado de drogas antimicrobianas de alto poder que generan mutaciones microbiológicas evolucionadas que escapan a la acción de las drogas, los viajes internacionales de poca duración que favorecen la diseminación de epidemias a escala mundial, el enorme desarrollo de la tecnología en salud que tiene como consecuencia el envejecimiento progresivo de las poblaciones y el aumento del costo de la atención médica creando inequidades de difícil solución, el proceso de globalización económico comercial, etcétera. Todos estos cambios se producen en forma acelerada y tienen como consecuencia la modificación de los perfiles demográfico y epidemiológico de las poblaciones, así como también el predominio de patologías no transmisibles: cardiovasculares, tumores, accidentes, drogadicción, suicidios y violencia y la disminución de enfermedades transmisibles comunes a mediados del Siglo XX. Este perfil se manifiesta, sobre todo, en los países desarrollados con poblaciones envejecidas. Sin embargo, asociado al mismo aparecen las enfermedades reemergentes y emergentes. Se entiende por las primeras aquellas enfermedades transmisibles que habían sido aparentemente erradicadas o controladas y que en el momento actual tienen un resurgimiento: dengue, cólera, peste, encefalitis equina, leptopirosis, fiebre hemorrágica causada por adenovirus, fiebre tifoidea, malaria, fiebre amarilla, difteria, polio, sarampión y tuberculosis.

Se entiende por enfermedades emergentes aquellas que se han reconocido y desarrollado actualmente. Muestran una situación epidemiológica diferente a las de las viejas enfermedades trasmisibles, con agentes causales, no siempre identificados, y con problemas en su diagnóstico y tratamiento: SIDA, VIH, Hantavirus, Virus del Ébola, Hepatitis C, Virus del Oeste del Nilo y la famosa Encefalitis Espongiforme Bovina, causante de la "vaca loca".

Características epidemiológicas. La tasa de mortalidad general se ha mantenido estable en las últimas cuatro décadas, con cifras de 10%o habitantes. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año muestra una tendencia progresiva al descenso en los últimos años, situándose en el primer semestre del año 2002 en 13,2%o nacidos vivos, mientras que en el período 1995-1999 su valor era del 20%o nacidos vivos. Este significativo descenso en el número de niños fallecidos menores de un año es una directa consecuencia de las políticas de salud que han priorizado las anteriores administraciones y que hemos recogido.

Se destaca que es mayor la tasa de mortalidad neonatal -que es la de los primeros 28 días de vida-, siendo ésta de 8%o nacidos vivos, con relación a la tasa postneonatal -la cual comprende a los nacidos entre 29 días y 1 año de vida-, que es de 6%o nacidos vivos. La disminución lograda en la mortalidad en estos años se debe, fundamentalmente, al descenso de la mortalidad postneonatal en la población asistida en los servicios de Salud Pública. A comienzos de la década de los 80, la mortalidad infantil era cuatro veces superior a la del sector privado: 51%o y 13%o, respectivamente. En la década del 90, la tasa del sector público se redujo más del 50%, en tanto que en el sector privado sólo descendió un 9%. Este resultado es consecuencia del fortalecimiento del primer nivel de atención, en particular en los servicios públicos dependientes del Ministerio de Salud Pública, y a la intensificación a ese nivel de programas, como los de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, prevención de la diarrea aguda infantil y de las infecciones respiratorias agudas, a través de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Las cifras de mortalidad infantil en otros países, en fechas cercanas, son las siguientes: Brasil: 38,3 por mil; Argentina: 20 por mil; Chile: 10 por mil; Costa Rica: 10,8 por mil; Cuba: 6,2 por mil; Canadá: 5,3 por mil y Estados Unidos: 7,1 por mil nacidos vivos.

La mortalidad materna en nuestro país fue del 3,6 por diez mil nacidos vivos para el año 2001. En el año 2002, se logró una disminución de un 16% con relación al año 2001; es decir que la mortalidad materna se encuentra actualmente en 3 por diez mil nacidos vivos. La mortalidad materna por aborto fue del 80% en el año 2001, mientras que en el 2002 es de un 50%.

En lo que hace a las enfermedades no trasmisibles, un estudio realizado en nuestro país en el año 1999, con el objetivo de conocer la opinión de los expertos especialmente seleccionados respecto de las características, tendencias y evolución más probable del sistema de salud para la próxima década del Siglo XXI, concluyó que los problemas prioritarios del sector son los siguientes: accidentes, accidentes de tránsito, violencias, violencia doméstica, costos crecientes, falta de un modelo de política de salud, déficit de equidad, accesibilidad, superposición de servicios, envejecimiento de la población, enfermedades crónicas degenerativas, cardiovasculares y cáncer.

Principales causas de muerte. La mortalidad por causas específicas desde hace varias décadas muestra el predominio de las enfermedades no trasmisibles relacionadas con el envejecimiento de la población y los estilos de vida. Ellas

ocupan los tres primeros lugares como causa de muerte en el país y son: enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias, accidentes y violencia que, en conjunto, representan el 64% de las muertes para el 2001.

Las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, con un 36% de las muertes; las neoplasias malignas, con un 23%; los accidentes y causas externas, con un 5%; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 3,1%; las infecciones respiratorias y neumonías, 3%; la diabetes, 2% y las enfermedades infecciosas, 1,8%.

Las principales causas de muerte de 1 a 4 años son los accidentes y efectos adversos y las anomalías congénitas. Los accidentes constituyen también la primer causa de muerte entre los 5 y 14 años.

Entre los 15 y 34 años los accidentes y efectos adversos son la principal causa de muerte, con una tasa de 40 por cien mil.

Entre los 35 y 64 años, la principal causa de muerte son los tumores malignos, con una tasa de 197 por cien mil, seguida por las enfermedades cardiovasculares.

En el adulto mayor, las principales causas de muerte se deben a las afecciones del aparato circulatorio, con una tasa de 2.000 por cien mil, seguidas por los tumores malignos, con una tasa de 1.100 por cien mil.

Morbilidad. Los registros existentes muestran en la población adulta que las enfermedades no transmisibles son las que generan mayor demanda en los servicios de salud: enfermedades cardiovasculares, diabetes, reumática y enfermedades mentales, entre otras.

Factores de riesgo. Son aquellas características de las personas, de su estilo de vida y de su ambiente, que aumentan la probabilidad de padecer un daño o enfermedad. Los famosos estudios de Doll y Hill sobre la influencia del tabaquismo en el cáncer de pulmón fueron unos de los primeros que originaron el desarrollo del enfoque de riesgo en epidemiología. La prevalencia del tabaquismo es del 22% en la población general, siendo mayor en la población masculina, con un 31%, respecto a la femenina que alcanza el 14%.

Con respecto al consumo de alcohol, se puede decir que es mayor en los hombres, en particular en los adultos jóvenes entre los 20 y 35 años.

En otros factores de riesgo de importancia en Uruguay destacamos también el sobrepeso y la obesidad, muy asociados a la mala alimentación y al sedentarismo. Señalamos que en nuestro país, seis de cada 10 personas presentan sobrepeso u obesidad. Las personas que realizan ejercicio en forma regular, entendiendo como tal tres veces por semana como mínimo y una hora cada vez, representan menos del 20%.

Otro factor de riesgo de importancia es el estrés, agravado en nuestro medio por las condiciones sociales imperantes. Entre los factores de riesgo no debemos olvidar mencionar aquellos vinculados al medio ambiente, ya que existe un porcentaje de la población que ha suspendido, por razones económicas, la conexión de agua potable en sus domicilios.

Otros factores importantes son la contaminación del suelo, el aire y las aguas por metales pesados u otros contaminantes como el plomo, el cromo y los plaguicidas

Enfermedades transmisibles. En la población infantil persisten las enfermedades transmisibles como principales causas de consulta y de ingresos hospitalarios, en particular las vinculadas al aparato respiratorio y digestivo, como las infecciones respiratorias agudas y la diarrea aguda infantil.

Meningitis. De las enfermedades trasmisibles prevalentes en el país, se destacan las meningitis supuradas en las que se observa un marcado descenso de la tasa de incidencia de la meningitis por meningococo A y C y el aumento de los casos acumulados para el meningococo B. El descenso se atribuye al resultado de la vacunación antimeningocóccica en niños, a partir del año 1996.

En los últimos años, se ha asistido a un cambio en la epidemiología de la enfermedad invasiva meningocócica, con disminución de los casos por grupo C y aumento en los casos por grupo B.

Al iniciar nuestro trabajo en el Ministerio de Salud Pública, definimos dentro de las enfermedades infecciosas trasmisibles aquellas que debían ser objeto de atención prioritaria, ya sea por el impacto inmediato que tenían en la población o por las consecuencias a mediano y largo plazo que las mismas pudieran condicionar. De esta manera, se comenzó a trabajar activamente en: a) enfermedades emergentes y reemergentes, lectopirosis, hantavirus y dengue; b) resistencia a los antimicrobianos; c) control de infecciones intrahospitalarias; d) hepatitis virales; e) brucelosis; f) necesidad y factibilidad de vigilancia de la encefalitis por virus del Oeste del Nilo. Paralelamente, se dio participación a nuestros técnicos en acciones relativas a enfermedades infecciosas no prioritarias, pero sobre las cuales los organismos internacionales están recabando información. Tal fue el caso del relevamiento sobre la potencial presencia de polio virus salvaje en laboratorios del país.

Tuberculosis. Los casos notificados en el año 2000 fueron 632, con una tasa de prevalencia de 19,02 por cien mil habitantes. En el año 1999, el número total de casos es similar; registrando tasas de 19,02 y 19,01 por cien mil para

los años 2000 y 1999, respectivamente. La distribución etaria para el total de casos confirmados por examen directo de expectoración es similar en ambos años. La tasa de recaída tampoco muestra variaciones; la letalidad por tuberculosis en el 2002 fue de 13,5%. La infección HIV tuberculosis muestra un leve incremento de 48 casos y un 7,6 de la incidencia del año 1999 a 54 casos -8,6 %- de la incidencia en el año 2000.

Hepatitis. Las hepatitis virales comienzan a ser objeto de revisión en la Dirección General de la Salud a partir de mayo de 2002. Se partió de la evidencia de la existencia de un subregistro en la notificación de casos de hepatitis A, B y C. Posteriormente, se propusieron líneas de trabajo en la materia, reconociendo esta Dirección la necesidad de actuar preventivamente sobre la hepatitis A, en base a la educación y la salud. La educación es muy importante en este caso, ya que se trata de una enfermedad que se cura sin secuelas. Ningún país tiene, hasta el momento actual, incorporada la vacunación VHA a sus programas formales de vacunación. Fomentar la vigilancia epidemiológica y la notificación de casos de todas las hepatitis. Actualizar el conocimiento a nivel del cuerpo médico con relación a la hepatitis B y C, así como sensibilizar a la opinión pública respecto a estas enfermedades, sus vías de trasmisión y, por ende, los mecanismos de prevención.

Se creó un grupo de trabajo para analizar la situación de la hepatitis C, integrado por representantes de la Dirección General de la Salud, de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay, del Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas del Ministerio de Salud Pública, de la Cátedra de Enfermedades Infectocontagiosas de la Facultad de Medicina, de la Cátedra de Nutrición y Digestivos de la Facultad de Medicina, del Departamento de Epidemiología y del Departamento de Laboratorios del Ministerio de Salud Pública. Este grupo, luego de las cuatro primeras reuniones, admite que, si bien la hepatitis C puede ser un importante problema a abordar, la temática merece igualmente un enfoque mayor y trabajará sobre hepatitis A, B y C. Actualmente y en acuerdo con el cronograma de acciones fijado en la convocatoria de creación, se elabora una propuesta de trabajo definitiva a presentar ante la DIGESA. Se basará en un abordaje, fundamentalmente preventivo, con acciones educativas dirigidas al cuerpo médico no especializado en la hepatitis y a la población en general.

En el período abril-setiembre de 2003 se efectuarán, como mínimo, cuatro talleres, dos en Montevideo y dos en el interior del país, con el apoyo de la OPS y de la OMS. En cada actividad se abordarán aspectos de epidemiología, clínica, diagnóstico, prevención de la transmisión y directivas terapéuticas. Es de destacar que el Plan de Inmunización en nuestro país cuenta con la vacuna para hepatitis B en la vacuna pentavalente, vacuna combinada que contiene inmunidad para hepatitis B, tétanos, difteria, tos convulsa e influenza tipo B, que se administra a los dos, cuatro, seis y doce meses de edad. La hepatitis B exclusiva se administra a adolescentes entre doce y catorce años.

Brucelosis. La Dirección General de la Salud, en conjunto con técnicos del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, coordinó acciones en el segundo semestre de este año en el control de la brucelosis. Se destacaron casos de brucelosis bovina en Rocha, Soriano, Lavalleja y Maldonado. Uruguay inició la vacunación contra la brucelosis en 1961. Luego, en 1984, se sancionó un decreto para eliminar a los animales seropositivos para brucelas y en 1996 se suspendió la vacunación animal. Detectada esta nueva situación epidemiológica y ante la eventualidad de la transmisión a humanos, se trabajó en base a estrategias de: a) Informar a médicos referentes y veterinarios sobre los casos de brucelosis animal y su distribución geográfica; b) Actualizar el conocimiento en lo que respecta a transmisión, clínica, diagnóstico y tratamiento de la brucelosis humana. Se está elaborando una guía técnica sobre este tema. c) Mantener un grupo de trabajo permanente con la Dirección de Laboratorios Veterinarios, Departamento de Epidemiología y Departamento de Laboratorios para intercambiar información y emprender acciones. Las acciones fueron dirigidas inicialmente a la actualización de los directores médicos regionales y los médicos y técnicos referentes de cada departamento del país, pasando luego a trabajar directamente con el cuerpo médico y veterinario del departamento de Rocha por ser éste el de mayor riesgo actual.

El 20 de diciembre, técnicos de la DIGESA y de la DILAVE concurrieron a ese departamento para una actitud presencial, con médicos y veterinarios, enfatizando estrategias de prevención.

Enfermedad del virus del Oeste del Nilo. En relación a evaluar la necesidad y factibilidad de establecer un sistema de vigilancia para el virus del Oeste del Nilo, la iniciativa fue tomada por la representación en Uruguay de la OPS y trasladada al Grupo Técnico Integrado de la DIGESA y dependencias de la DILAVE.

Dado que las aves que pueden actuar como vectores del virus, concentrado actualmente en Estados Unidos y Canadá, pasan dos veces por año por Uruguay en su trayecto migratorio y periódico en dirección Sur-Norte y Norte-Sur y que en Estados Unidos y en nuestro país existen, además, especies de aves similares que podrían ser infectadas, se proyectó un muestreo serológico de grupos de aves migrantes para detectar reactividad para el virus referido. De momento, la encefalitis producida no es una amenaza para la salud en nuestro país y se discute, además, si por el ciclo que cumple el virus dentro de las aves vectoras, éstas podrían ser infectantes al pasar por Uruguay.

Con respecto a la enfermedad de Chagas, el Programa respectivo se halla actualmente en una etapa de reformulación, fundamentalmente basando las acciones de vigilancia en redes establecidas a nivel local, con una participación predominante de los actores locales y una adecuada vigilancia a nivel central, capaz de actuar de inmediato ante cualquier denuncia efectuada.

Queremos recordar que nuestro país integra, junto con Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Paraguay, desde el año 1991, la iniciativa del Cono Sur para la Eliminación del Triatoma Infesta y la interrupción de la Tripanosomiasis Americana por transfusión, iniciativa que cuenta con el respaldo de la Secretaría de la OPS.

Los objetivos planteados son tres: A) la eliminación del Triatoma Infesta de las viviendas y peridomicilios en áreas endémicas y probablemente epidémicas; B) la reducción y eliminación de infestaciones domésticas de otras especies de triatomineos presentes en las mismas zonas ocupadas por Triatoma Infesta; C) la reducción y eliminación de la transmisión por transfusión sanguínea, por medio del fortalecimiento de la red de bancos de sangre y la selección eficaz de los donantes.

Las acciones de control antivectorial, sistematizadas y sostenidas en el tiempo, acompañadas por los cambios socioeconómicos -en particular, el mejoramiento de la vivienda rural que comenzó a fines de la década de 1960 con el programa de MEVIR- permitieron la eliminación del Triatoma Infesta entre los intra y peridomicilios de diez departamentos endémicos del país y la existencia de una infestación casi exclusivamente peridomiciliaria en el resto del área endémica.

No se observan casos agudos por transmisión vectorial desde 1984, y se estima que existían 37.000 pacientes en etapa crónica, según se desprende de la primera encuesta serológica nacional, hecha en 1986. En el año 1994, la seroprevalencia de la infección por Tripanosoma Crucis en la población infantil entre 6 y 12 años disminuyó a valores menores del 1%. La Comisión de Expertos Internacionales de la Iniciativa Gubernamental del Cono Sur para la Eliminación del Triatoma Infestas y la Transmisión de la Tripanosomia Transfusional certificó a Uruguay como el primer país de la Iniciativa que alcanzó la meta intermedia de interrupción de la transmisión vectorial del Tripanosoma Crucis.

Destacamos que nuestro país ha sido premiado por la OPS y la OMS por haber realizado el corte de la transmisión vectorial.

En relación a la hidatidosis, diré que la disminución de la prevalencia de la enfermedad hidática se verifica a nivel nacional. En el año 2001, la tasa fue de 5.8 por 100.000 habitantes. Esta enfermedad ha sido controlada por la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis. Dados los logros obtenidos y la vasta experiencia del equipo técnico de esta Comisión, recientemente le hemos encomendado actividades operativas en el control del Aedes Aegypti.

Con respecto a otras enfermedades, Uruguay no ha presentado casos de cólera a pesar de la reintroducción de la misma en las Américas en el año 1991. El último caso de fiebre amarilla detectado fue en el año 1873; sólo se han detectado casos importados de paludismo; sólo se registraron en 1880 algunos casos importados de peste. No se ha notificado la transmisión autóctona de rabia humana desde 1966, ni de la animal desde 1983. No obstante ello, el Ministerio de Salud Pública, junto con otras instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, entre las que figuran las protectoras de animales, está colaborando y se ha integrado un grupo técnico de seguimiento y actualización, ya que en los países limítrofes -Brasil, Argentina y también Paraguay- se han notificado casos de esa enfermedad en el año 2001. De este modo, se ha constituido la Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de la Rabia y de los Accidentes por Mordedura de Animales.

En lo referente a las solicitudes de los organismos internacionales, cabe destacar que se creó la Comisión para el Control de la Erradicación de Poliovirus en Laboratorio, integrada por representantes del Departamento de Laboratorio del Ministerio de Salud Pública, de la DIGESA, de las Facultades de Química y de Medicina, así como de la Asociación de Laboratorios Privados. Esta Comisión está efectuando un relevamiento, con cobertura nacional, sobre la existencia de laboratorios que posean materiales infecciosos y/o potencialmente infecciosos de Poliovirus salvaje. La Organización Mundial de la Salud elaboró un plan de acción mundial para la contención en el laboratorio de los Poliovirus salvajes. Básicamente, se tiende a evitar el potencial pasaje de dichos virus desde el laboratorio hacia la comunidad. Una vez erradicada la poliomielitis, la única fuente posible de persistencia de este virus serán los laboratorios existentes en el mundo, con el consiguiente riesgo potencial de transmisión, lo que constituye una amenaza para la erradicación de la enfermedad.

Esa transmisión podría darse en un marco teórico, por la contaminación del medio ambiente o por un trabajador del laboratorio infectado. Los Poliovirus salvajes procedentes de los laboratorios podrían difundirse en una población que no esté inmunizada, provocando finalmente una tragedia sanitaria de gran extensión.

La Comisión a la que hacemos referencia inscribe sus acciones dentro de la fase de preerradicación viral, fase de manipulación sin riesgo de materiales infecciosos, o posiblemente infecciosos, de Poliovirus salvajes, trabajando en la identificación y colaboración del inventario de los materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de Poliovirus salvajes. La Comisión fijó como fecha límite para la recepción de los datos enviados a los laboratorios nacionales, el 30 de diciembre de 2002. Procesará los mismos y entregará la información nacional a la Oficina Sanitaria Panamericana, en enero de 2003.

En una fase posterior de la estrategia mundial de erradicación, de la cual Uruguay forma parte, los laboratorios del inventario nacional serán informados del progreso hacia la erradicación y se les notificará cuándo iniciar los procesos de bioseguridad apropiados para el almacenamiento de materiales y los procedimientos de trabajo.

En octubre, se proporcionó a la Oficina Sanitaria Panamericana toda la información disponible sobre el sistema de salud, de educación a pacientes, de prescripción y dispensación de antibióticos y programas de control de infecciones hospitalarias, contribuyendo a la recolección de datos necesaria para que la Organización Mundial de la Salud redacte el documento "Estrategia Global para la Contención de la Resistencia Antimicrobiana por los Estados Miembro". Estos trabajos realizados por la Dirección General de la Salud, contaron con el asesoramiento de un profesor Grado 5 de Infectología de la Facultad de Medicina.

A propósito de las enfermedades inmunoprevenibles, destaco que la cobertura de inmunización en la población de nuestro país es de las más altas del mundo: para BCG, 99%; para DPT. 92%; para polio, 92%; para sarampión, rubeola y paperas, 92%. El programa ampliado de inmunizaciones, que también incluye la inmunización contra la Hepatitis B y el Haemophilus Influenza, ha permitido la erradicación de la viruela, de la difteria -el último caso se produjo en 1976- del tétanos neonatal -último caso, en 1981; la rubeola congénita hace años que desapareció del país. Nos encontramos en una etapa de erradicación de la polio -el último caso fue en 1979- y a nivel nacional se realiza la vigilancia epidemiológica de la parálisis fláccida, según los programas aprobados por la OPS. Además, el sarampión se halla en fase de erradicación, pues el último brote se produjo en los años 1998 y 1999, y hubo 34 casos a punto de partida de dos casos importados de Argentina. Las medidas adoptadas en la oportunidad permitieron controlar el brote; no se produjo ningún caso de fallecimiento y la evolución de la mayoría ocurrió sin complicaciones graves.

Con respecto al sarampión y a la rubeola, recientemente se ha comunicado la existencia de un brote de sarampión en Venezuela y Colombia, de dos casos importados de Europa, lo que amerita incrementar las acciones de vigilancia epidemiológicas. Como ya se mencionó, no se han confirmado casos de sarampión y rubeola en el país en los años 2000, 2001 y 2002, a la fecha de este informe.

Por otro lado, en el curso del corriente año y en el marco de la vigilancia especial que se realiza sobre las enfermedades eruptivas febriles, casos sospechosos de sarampión y rubeola, hasta la fecha se estudiaron 24, descartándose todos. Este programa, junto con la vigilancia de parálisis aguda fláccida, sospecha de polio, se realizan con el apoyo y supervisión de la OPS y la OMS.

En cuanto a las enfermedades emergentes y reemergentes, cabe señalar lo siguiente. En lo que tiene que ver con las enfermedades trasmisibles, se asiste la presencia de las enfermedades emergentes y reemergentes.

La leptospirosis es una enfermedad endémica en el Uruguay y las condiciones climáticas adversas de fines de 2001 y principios de 2002 han favorecido un incremento en el número de casos en áreas periféricas de Montevideo y algunos lugares del interior del país. Se verifican en las áreas urbanas periféricas inundables, con falta de saneamiento, viviendas precarias con basurales endémicos, y en zonas rurales con proliferación de roedores. La frecuencia absoluta de casos comunicados en el año 2000 fue de 23, ascendiendo a 90 en el 2001 y a 119 en el primer semestre del 2002. Durante el año 2000, los casos ocurrieron en los mayores de 9 años y a partir de 2001, ya se observaron casos a partir del primer año de vida. La franja etaria más afectada es la de 39 a 49 años. La población más expuesta corresponde a los trabajadores rurales que realizan actividades de ganadería, lechería o cría de suinos, seguida por los empleados que realizan trabajos sanitarios y de la construcción. Los profesionales y estudiantes afectados eran veterinarios. Asimismo, en lo que va del año 2002, se observaron 10 casos post inundaciones.

Fue imprescindible difundir en forma rápida el conocimiento de esta enfermedad por parte del cuerpo médico nacional y establecer las líneas de diagnóstico, enfatizando en las medidas preventivas. De esta forma y trabajando cooperativamente con la Oficina Sanitaria Panamericana, la DIGESA integra dos de sus técnicos a la Comisión de Convenio del Ministerio de Salud Pública-Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, para el control, vigilancia e investigación en zoonosis. Además, se integra personal de la Dirección de Laboratorios Veterinarios del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, Departamento de Laboratorios y Departamento de Epidemiología, Zoonosis y Vectores. Como producto de ese trabajo, se elaboró y publicó la Guía de Control y Manejo de Leptospirosis, editada por la OPS y el Ministerio de Salud Pública, en el mes de setiembre, la que fue distribuida en todo el país.

La tasa de morbilidad aumentó durante el período. Fue la misma para el año 2000, situándose en 0.69 por cien mil; en el 2001, en 2.7 por cien mil, y para el primer semestre de 2002, en 3.7 por cien mil. En cuanto a la tasa de letalidad, se observa una disminución de 22% en el año 2000; 8% en el 2001 y 1.7% en lo que va de 2002. En el año 2000, la mayor proporción de casos ocurrió en los departamentos de Soriano y Colonia, 6 y 5 casos respectivamente, seguidos por Montevideo, en donde se registraron 4 casos, habiéndose constatado casos en 9 departamentos. Durante el año 2001, Florida registró 23 casos, seguido por Colonia y Montevideo, 17 y 15 casos respectivamente, registrándose casos en 15 departamentos del país. En el 2002, hubo casos en todos los departamentos y las máximas frecuencias ocurrieron en Colonia y Montevideo, donde hubo 21 y 17 casos respectivamente, seguidos por Paysandú y Canelones, donde se constataron 13 casos en cada uno.

En coordinación con nuestro Ministerio, la Intendencia Municipal de Canelones procedió a desratizar y controlar roedores en todas las áreas donde se conformaron los casos. Es bueno destacar, también, la actuación que tuvo la mencionada Intendencia, limitando el ingreso a ese departamento de basura proveniente de Montevideo.

Con respecto al dengue, debemos señalar lo siguiente.

Dada la amenaza continental del dengue, Uruguay sigue siendo el único país en el que está presente el vector, pero aún sin casos de enfermedad autóctona. Este Ministerio ha promovido la coordinación intersectorial con la colaboración de los Ministerios de Defensa Nacional, del Interior, de Educación y Cultura, de la ANEP, de los Municipios y de otras fuerzas vivas en los distintos niveles locales. Asimismo, ha mantenido una vigilancia epidemiológica constante y acciones sistemáticas de educación de la comunidad y organismos sociales para prevenir la transmisión de esta enfermedad.

Por otro lado, se destaca el permanente apoyo y la asesoría técnica de la OPS y de la OMS, y en coordinación con las mismas, ha elaborado, como ya señalé, una Guía de Vigilancia Epidemiológica que ha sido reconocida por la OPS en Washington, solicitando dicha Organización la autorización para su difusión en las Américas.

Esta Administración enfatiza la importancia de mantener las acciones preventivas y de vigilancia sobre el dengue en el país, ya que una epidemia de esta enfermedad, además de la elevada morbilidad, representaría un importante golpe a la actividad productiva, ya que gran parte de la población quedaría inactiva en el curso del período de estado y durante la convalecencia de la enfermedad.

En cuanto al control del vector en el Uruguay, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública ha detectado, hasta la fecha, 10 casos de dengue importado. En los últimos años, el número de departamentos y de ciudades afectadas por el vector ha ido en aumento, pese a los esfuerzos para su control. En el curso del año 2002, las actividades de vigilancia y control del vector Aedes Aegypti detectaron la presencia del mismo en diez departamentos del país, siendo de mayor riesgo para la transmisión de la enfermedad las ciudades de Fray Bentos y Mercedes. En estas ciudades se han intensificado las acciones de prevención y control, con participación de diversas entidades y fuerzas vivas locales. Asimismo, las actividades de prevención y control en todo el país son coordinadas por el Comité Interministerial de Control del Aedes Aegypti, con el apoyo de los organismos e instituciones integrantes del Comité Nacional de Emergencia.

Los departamentos positivos, a la fecha, son: Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Colonia, Maldonado, Treinta y Tres, Rivera y Tacuarembó. Los departamentos considerados de alto riesgo son tres: Montevideo, Rocha y Cerro Largo, mientras que los restantes 6 departamentos están libres de infestación al momento de este informe.

Las acciones que se llevan a cabo en los departamentos positivos son: encuestas larvarias del 100% de las viviendas en ciudades positivas; encuestas larvarias del 10% en otras ciudades; vigilancia por larvitrampas colocadas estratégicamente; encuestas larvarias de puntos estratégicos en los grandes ejes viales departamentales; control de focos registrados y acciones de información a la comunidad. A su vez, en los demás departamentos, las acciones son: encuesta larvaria estratégica semestral de un mínimo de 10% de los domicilios por ciudad; vigilancia por larvitrampas; encuesta larvaria mensual de puntos estratégicos; control de focos, si se detectaran, y acciones de información a la comunidad. En cuanto a las acciones indicadas a las Comunas de todo el país, ellas son las siguientes: cuidado de los cementerios; eliminación de recipientes sin flores; sustitución de agua por arena húmeda; fumigación de nichos; cartelería informativa; cuidados en la recolección y destino final de residuos sólidos; jornadas periódicas de descacharrización; reglamentación de chatarrería fuera del área urbana techada; fumigación periódica; control de gomerías y disposición de neumáticos no reutilizables.

Con relación al hantavirus se propuso actualizar el conocimiento de aspectos de esta enfermedad emergente, enfatizando su prevención. El primer caso en el Uruguay ocurrió en el año 1997 y la incidencia se mantiene baja. Por ser una nueva enfermedad en la región, es de máximo interés fomentar su reconocimiento precoz, pautar acciones de diagnóstico concretas y rápidas, y dar directivas terapéuticas. Nuevamente, se trabaja en forma grupal en el marco del convenio entre los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca y de Salud Pública. Cabe destacar que se está elaborando una guía para el manejo del hantavirus, la cual será publicada por la OPS.

SIDA. Con respecto al VIH SIDA, podemos decir que la epidemia comenzó en el Uruguay en 1983. Actualmente, estamos frente a una epidemia concentrada de baja prevalencia en la población general, con un 1,23% y una alta prevalencia en poblaciones vulnerables: travestis, 21%; usuarios de drogas intravenosas, 22% y reclusos, 6%. La tasa de incidencia anual del VIH, según notificación, es de 13,9 por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia anual de SIDA es de 7 por 100.000 habitantes. De acuerdo con la notificación, se constata un aumento de la incidencia de casos de SIDA de un 12% anual en el período 1996 - 2001.

Del total de casos acumulados de VIH Sida, un 70% son hombres y un 30% mujeres. Según la distribución geográfica, un 78% de los casos de VIH SIDA notificados corresponde a Montevideo y un 22% al interior del país. La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual, con el 68,7% de los casos, donde el 58% de ellos corresponde a heterosexuales y el 28% a transmisión sanguínea, de los cuales el 96% tiene relación con los usuarios de drogas intravenosas. Por su parte, la transmisión perinatal constituye el 3,7% de los casos.

El grupo de edad que concentra el mayor porcentaje de casos es de 15 a 24 años y el 53% de los mismos corresponde al sexo femenino.

En cuanto a la letalidad por SIDA, desde 1996, con la introducción de la terapia retroviral se observa una disminución del 30%. Desde que comenzó la epidemia en 1983

hasta el 30 de octubre de 2002, se han notificado al Programa Nacional de SIDA, 4.524 personas VIH positivo; 2004 personas enfermas de SIDA y 1.124 fallecidas. En los diez meses de 2002, se notificaron al Programa Nacional, 374 nuevos casos de personas VIH positivo, 194 nuevos casos de enfermos de SIDA y han fallecido 42 personas.

Posteriormente, desarrollaremos las estrategias que estamos ejecutando en la prevención, promoción y tratamiento de esta enfermedad.

En lo que tiene que ver con la resistencia a los antimicrobianos, debemos señalar que uno de los más graves problemas que enfrenta la salud pública, tanto a nivel internacional como nacional, es el desarrollo de resistencia de las bacterias a los fármacos antimicrobianos contra ellas utilizados. Esta situación deteriora globalmente las condiciones de salud de la población, aumenta notablemente los costos de asistencia, fomenta internaciones hospitalarias prolongadas y, en muchos casos, compromete la vida de las personas.

En el año 2002, la Dirección General de la Salud aborda directamente este problema para intervenir activamente sobre el mismo y comenzar a hacer un diagnóstico de situación nacional, para planificar luego acciones estratégicas que permitan la contención del fenómeno de resistencia antimicrobiana.

En tal sentido, se destacan tres importantes acciones. Uno. Por ordenanza Ministerial Nº 295 de fecha 27 de junio de 2002, se dispuso crear una Comisión Interinstitucional de Control de Resistencia de los Antimicrobianos con el cometido prioritario de desarrollar un programa de monitoreo de dicha resistencia con cobertura nacional. Esta Comisión fue integrada con representantes de la Dirección General de la Salud y sus distintas dependencias, delegados de la Administración de Salud del Estado, Facultad de Medicina y Federación Médica del Interior. Dicha Comisión, coordinada por el Asesor en Infectología, profesor Eduardo Sabio de la Dirección General de la Salud, unió sus actividades a líneas de trabajo ya parcialmente elaboradas por la División Laboratorio del Ministerio y por el Departamento de Epidemiología.

El primer producto obtenido del accionar de la Comisión fue la jornada taller del grupo consultor del Ministerio de Salud Pública para un proyecto de vigilancia de la resistencia antimicrobiana que, con el auspicio de la OPS, se efectuó el 6 de diciembre. En el mismo, se vincularon microbiólogos referentes a nivel nacional para analizar cepas bacterianas que serán objeto de vigilancia, mecanismos de notificación de los fenómenos de resistencia a las autoridades sanitarias nacionales y metodología de estudio homogéneo para todos los laboratorios. En esta actividad, además del trabajo específico con los microbiólogos, se contó con la asistencia de infectólogos clínicos y licenciados en enfermería en la parte expositiva extra taller. A su vez, se entregó a los asistentes el documento de la OMS llamado “Guía para la Determinación de la Sensibilidad Antimicrobiana” siendo éste la base para el trabajo homologado en toda la red de laboratorios.

Las acciones referidas son imprescindibles y un prerrequisito básico para, posteriormente, poder elaborar normas de uso de antibióticos adaptadas a la realidad epidemiológica nacional.

Dos. Notificación obligatoria de la resistencia a los antimicrobianos.

SEÑOR MICHELINI.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO.- Señor Presidente: había anunciado que, con las disculpas de los señores Senadores, no iba a conceder interrupciones para no perder el hilo conductor de mi exposición.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Ministro.

SEÑOR MICHELINI.- Agradezco al señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- En el mes de mayo y a instancia de la Dirección General de la Salud, el Ministerio replantea las consecuencias que el desarrollo de las resistencias de los fármacos antibacterianos puede tener sobre los tratamientos de los pacientes y de la salud pública, en general. De esta forma y reconociendo como un problema prioritario la resistencia a los antimicrobianos, admitiendo que de no actuar sobre su prevención y control continuarán incrementándose los costos operativos y funcionales de la asistencia médica, en la resolución Nº 552, de fecha 23 de octubre de 2002, se resuelve declarar de notificación obligatoria por parte de las instituciones y los laboratorios de diagnóstico, los fenómenos de resistencia a agentes microbiológicos a las drogas antimicrobianas. Se clasificó la notificación de la categoría II de las enfermedades notificables, grupo B, ante el Departamento de Epidemiología y se dio responsabilidad al mismo y al Departamento de Laboratorio en lo referente a definir la información a aportar por parte de los notificantes.

Esta resolución ministerial constituye un franco y decisivo avance en el conocimiento de la situación de la resistencia antimicrobiana. Es la única base posible para diseñar estrategias de prevención y planes terapéuticos racionales. Podemos conceptualizar el hecho de declarar de notificación obligatoria los fenómenos emergentes de la resistencia antimicrobiana como un ejemplo regional. Se deberá trabajar en forma continua en este sentido, ya que tomará mucho tiempo que los laboratorios de diagnóstico e instituciones

incorporen a su rutina de trabajo la importancia de la notificación. El Ministerio se ha comprometido a implementar un sistema de recolección de datos de supervisión de que esta norma se cumpla y de devolución de información al cuerpo médico nacional.

Tres. Nueva integración de la Comisión Asesora de control de infecciones intrahospitalaria. Por el Decreto Nº 436/997 se constituyó, en noviembre de 1997, una Comisión Asesora en control de infecciones intrahospitalaria con el cometido específico de asesorar en la materia. La misma, luego de una valiosa producción, había dejado de reunirse, por lo que a instancias de la Dirección de Salud, de la población y del Ministerio de Salud Pública, por resolución del Poder Ejecutivo de 3 de diciembre de 2002, Decreto Nº 151/02, se reformula la integración de esa Comisión, la que comienza a trabajar nuevamente en octubre de 2002. A diciembre de 2002, la referida Comisión Asesora recabó información sobre todas las instituciones del subsector público y del privado, en lo que refiere a si todas tienen comités de control de infecciones, tal como pautó el decreto del año 1997, qué indicadores epidemiológicos se tomaron en cuenta para vigilancia y qué otros tipos de acciones emprenden los comités. Esto permitirá hacer el diagnóstico de la situación y pasar a una segunda fase de asesoramiento a las instituciones sobre cómo generar tasas de datos epidemiológicos en forma adecuada y alcanzar la tercera fase de recolección de datos centralizada en el Ministerio.

(Ocupa la presidencia el señor Senador Dr. García Costa)

- En cuanto a la transición ambiental, podemos decir que se mantiene en la presencia de nuevos problemas, como la intoxicación con plomo y la toxina DON en el trigo. Abocados al desarrollo de los recursos humanos y al cambio de la cultura organizacional, además de las producciones bibliográficas mencionadas, se desarrollaron talleres regionales para los médicos y los referentes locales del Ministerio, actualizando el conocimiento sobre los aspectos epidemiológicos, clínicos, de diagnóstico y tratamiento para cada una de las enfermedades mencionadas anteriormente.

A continuación, vamos a ingresar en el análisis de las características del sistema de salud en el Uruguay. Los indicadores del nivel de salud se encuentran entre los mejores de la región. Sin embargo, existe una percepción muy generalizada, tanto entre los financiadores -incluyendo al Estado- como entre los prestadores de servicios y sus usuarios, de que el modelo de atención a la salud actualmente vigente es inadecuado y necesita ser revisado y adaptado a las condiciones y demandas actuales.

Por una parte, los gastos globales del sistema de salud, como bien se ha dicho, son muy elevados, ya que representan alrededor del 11% del Producto, e implican un esfuerzo financiero importante para la sociedad uruguaya en su conjunto. Pero este gasto en salud, en la comparación internacional, resulta ser el más alto de la región latinoamericana y, sin embargo, no va asociado a resultados de la misma categoría. Algunos índices de salud, sin ser deficitarios, en la comparación no han mostrado mejorías importantes en los últimos años.

Por otra parte, la distribución de los niveles de salud y de los servicios de salud entre la población es inequitativa, en desmedro de ciertos sectores más alejados o de menores recursos. Prueba de ello es que el subsector público lleva un 20% del gasto ejecutable, con un 53% de cobertura, y el privado insume el 80%, con el 47% de la cobertura. Como bien se señaló, esto supone una cifra de U$S 200 per cápita en el subsector público y de U$S 700 en el privado.

La calidad de los servicios no es homogénea, generando insatisfacción en muchos usuarios, sobre todo por aspectos ligados a la organización y calidad humana de la atención recibida. Sin embargo, se constatan deficiencias de calidad técnica, expresadas entre otras cosas en intervenciones injustificadas, en utilización excesiva de exámenes complementarios, en abuso de medicamentos, en baja resolutividad clínica y paraclínica en las unidades asistenciales de primer nivel, que inducen a un exceso de demanda de consultas ambulatorias en las emergencias y en los hospitales, cuyo rol técnico específico debería reservarse para problemas de mayor complejidad, ya que esto implica, además, costos más elevados.

Precisamente, una característica destacada del modelo de atención vigente en el Uruguay, tanto en el sector público como en el privado, consiste en el predominio de la atención médica centrada en el hospital y la elevada concentración de recursos humanos y materiales en los hospitales, muchas veces duplicando tecnologías de alto costo en servicios próximos entre sí.

Las estimaciones internacionales coinciden en que los servicios de atención ambulatoria, conocidos como primer nivel de atención, deben estar en condiciones de resolver, al menos, entre el 85% y el 90% de los problemas de salud que motivan la demanda de consulta inmediata de la población. Al mismo tiempo, sin embargo, ellos tendrían que estar coordinados con otros servicios para referirle los pacientes que necesitan atención especializada o de mayor complejidad técnica de una manera expedita y oportuna. En el Uruguay de hoy se sigue trabajando con un modelo de atención de salud que ha tenido plena vigencia desde hace dos o tres décadas y que logró muchos éxitos iniciales, pero cuya característica principal ha sido la de ocuparse más de la enfermedad que de la salud entendida como un Estado positivo. Sin embargo, en el país ha habido cambios significativos en la estructura demográfica y epidemiológica de la población, que no han tenido un reflejo suficientemente compatible en la organización y modalidad de trabajo de los servicios de salud, por lo cual se consolida la opinión de que este modelo necesita un ajuste. La expectativa de vida de la población ha aumentado, lo cual, como dijimos, se traduce en un envejecimiento relativo de la misma y en un predominio de las enfermedades crónicas de larga duración.

Estas enfermedades requieren, en primer lugar, un fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención orientadas a estimular el autocuidado de la salud personal y familiar y la menor exposición a riesgos, mediante hábitos y ambientes saludables que eleven la calidad de vida y reduzcan el riesgo de enfermar. Por otra parte, la atención de los enfermos crónicos puede evitar entrar en un ciclo prolongado de consultas repetidas y medicaciones excesivas, que convierten a las personas en excesivamente dependientes del médico y la medicación, lo que implica cada vez más una carga financiera mayor para la familia y para el sistema de salud.

El sistema es mixto y está integrado por el subsector público y por el privado. Es complejo por la superposición y duplicaciones existentes, así como por las fragmentaciones derivadas de la propiedad de los servicios. El sector público comprende los servicios del Ministerio de Salud Pública y ASSE, de la Universidad de la República, del Ministerio de Defensa Nacional y del Ministerio del Interior, que brindan una atención integral. El Banco de Seguros del Estado cubre a los trabajadores de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales. Por su parte, las Intendencias Municipales proporcionan servicios ambulatorios y el Banco de Previsión Social tiene centros de atención materno infantil. Cada uno de ellos tiene su propio proveedor, destacándose la red asistencial de ASSE, que posee 61 hospitales, 22 centros de salud y 400 policlínicas. Con un total de 3.213 camas, cubre al 34% de la población, aunque ello varía según la región geográfica, correspondiendo a Montevideo el 30% y el 70% al resto del país. Es interesante señalar que si bien al considerar el gasto por agente de retención, el 46,4% corresponde al sector público, al considerar la ejecución del gasto en los prestadores, el sector público recibe solamente el 20%.

Es de destacar que el porcentaje asignado a la cobertura por servicios privados de emergencia es la mitad del presupuesto de ASSE y apenas inferior al del Fondo Nacional de Recursos.

Interesa señalar que las IAMC están reguladas por el Ministerio de Economía y Finanzas desde el punto de vista económico financiero y que los ajustes se realizan en base a paramétricas existentes.

En lo relativo a los recursos humanos, se destaca que existe un médico cada 240 habitantes y una relación de médico-enfermera de cinco a uno y que la mayor parte de las especializaciones médicas se encuentran dirigidas hacia la alta tecnología, es decir que la formación médica no ha sufrido la necesaria transición de los recursos, de acuerdo con las realidades epidemiológicas y demográficas mencionadas. En este sentido, destacamos la relevancia de la Universidad de la República en la participación en este proceso de cambio. Estamos aunando esfuerzos en el rediseño de los recursos humanos, acorde con las necesidades imperantes. La Facultad de Medicina ha creado recientemente el posgrado de medicina familiar y comunitaria. La conformación del primer nivel con médicos de familia en el Ministerio de Salud Pública se estableció en la Ley Nº15.903, artículo 270, en el año 1987. Actualmente, existen aproximadamente 120 médicos de familia en todo el país. El Ministerio y la Facultad de Medicina, en el año 1997 crean la residencia de medicina familiar y comunitaria, que actualmente cuenta con catorce cargos distribuidos en todo el país.

SEÑOR MICHELINI.- Solicito que se ponga orden en Sala. El Ministro no se ha dado cuenta de que está en el Senado de la República.

(Campana de orden)

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. García Costa).- Vamos a continuar con la sesión. El señor Ministro tiene la palabra y la usa en el grado que él lo estime, aunque no sea compartido por todos.

Puede continuar el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Funciones esenciales de Salud Pública. Se define a la salud pública como una práctica, como un conjunto de disciplinas y, en especial, como la respuesta organizada de la sociedad para satisfacer las necesidades en salud de sus integrantes.

Como campo de práctica, la salud pública es necesariamente intersectorial; como campo de conocimiento, la salud pública es necesariamente interdisciplinaria y, como una respuesta organizada de la sociedad, es una responsabilidad social e institucional. La reinserción de la salud pública en la agenda de la transformación del sector salud pasa por una clara definición de su papel y por una puesta en práctica de los conceptos que le dan fundamento. Por ello, la OPS promovió una iniciativa continental con el objetivo de obtener un instrumento que permita definir y medir las funciones esenciales de la salud pública. Esta Administración, con el propósito de mejorar el desempeño de la salud pública, al inicio de la gestión realizó un taller organizado por la OPS y la OMS en el que participaron un grupo de expertos en salud pública procedentes de diversos sectores de los distintos niveles de gestión del Ministerio de Salud Pública, del Banco de Previsión Social, de la Intendencia Municipal de Montevideo y de la Facultad de Medicina. Los participantes observaron que las áreas críticas se corresponden con la realidad del Plan actual de Reestructura del Ministerio de Salud Pública y aconsejaron dos futuras actividades: medición del desempeño de la salud pública en los departamentos y, al final de la Administración, realizar un nuevo taller para evaluar los logros obtenidos.

Vamos a analizar ahora las líneas de acción y el estado de avance de las mismas. Considerando las características demográficas, epidemiológicas, ambientales y de los servicios de salud planteadas, esta Administración entendió

necesario definir las estrategias para reorientar la organización del Ministerio de Salud Pública y comenzar el camino de transformación del sistema de salud a través de grupos de trabajo y de estudio en financiamiento, recursos humanos y redes integrales de salud.

La reestructura organizativa. La Dirección General de la Salud ha formulado una propuesta de reestructura organizativa en el marco del Decreto 460/2001, del 27 de noviembre de 2001. Dicha propuesta, que fuera planteada en la anterior Administración, ha sido retomada por la actual Dirección, en vistas de su concreción definitiva. Se ha integrado un equipo de técnicos compuesto por la Asesoría Técnica de esta Dirección, los Directores de la División Salud de la Población, la División Servicios de Salud, la División Productos de Salud, el Coordinador de Regionales de Salud y el Director Administrativo. La metodología de trabajo consistió en reuniones sucesivas de estudio y de análisis de la estructura, con énfasis en las áreas que inician su funcionamiento bajo el actual organigrama y el ordenamiento de los recursos disponibles. Como resultado del trabajo conjunto, se ha completado la formulación de una propuesta organizativa que intenta recoger la estrategia propuesta por el mencionado Decreto y adaptar la estructura actual a una nueva organización que permita el real cumplimiento de los objetivos.

Los objetivos estratégicos son los siguientes: la Dirección General de la Salud será responsable de brindar al Ministerio de Salud Pública el asesoramiento y la información que requiera la conducción de una política nacional de salud; promoverá la salud de la población; regulará y controlará los servicios de salud públicos y privados -la tecnología en salud, los medicamentos, los alimentos y otros productos-; normatizará en aspectos relacionados a la salud humana y controlará su cumplimiento; desarrollará las bases técnicas para una política en salud sustentable, procurando garantizar su accesibilidad, eficiencia, seguridad, oportunidad, equidad y calidad de las prestaciones de salud y asegurará el control y la eliminación de los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad.

Los cometidos sustantivos. Es la realización de un diagnóstico de la salud de la población y su entorno físico y social, así como de sus necesidades en salud. Así, ejecutará estrategias eficaces, eficientes y equitativas para la difusión de información a la población en general, procurando estilos de vida saludables; realizará la vigilancia epidemiológica; preverá la respuesta ante situaciones de crisis; asesorará sobre incorporación de nuevas tecnologías; habilitará, registrará y controlará la calidad de los servicios de salud; asesorará en normas técnicas relacionadas al control de medicamentos, alimentos y otros productos y realizará la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles prevalentes en la región.

Las funciones de las respectivas Divisiones se describen junto con su organización.

La División Salud de la Población tiene como finalidad la elaboración y análisis de programas, proyectos y acciones dirigidos a la promoción de salud y prevención de enfermedades a nivel colectivo. De esta manera, vigila y evalúa la situación de la salud de la población, con énfasis en la identificación de las desigualdades, en los riesgos, los daños y el acceso a los servicios de salud. Entre sus cometidos sustantivos se destaca, además, formar los recursos en educación para la salud; participar en situaciones de emergencia o desastre y planificar y dirigir los programas de vacunación a nivel nacional. Asimismo, realiza la vigilancia de salud ocupacional; promueve los estilos de vida saludables y desarrolla las campañas de información a la población, entre otros.

Funcionalmente, se organiza en tres áreas: Intervención, Promoción y Prevención de Salud; Epidemiología y Salud Ambiental -integrada por seis Departamentos: Epidemiología, Laboratorio de Salud Pública, Salud Ambiental, Salud Ocupacional, Nutrición y Servicio de Información Poblacional- y Areas Programáticas.

Con el objeto de optimizar recursos y resultados, esta Administración ha establecido la política de coordinación de acciones con las Comisiones Honorarias, Comisión para la Salud Cardiovascular, Comisión de Lucha Contra el Cáncer, Comisión de la Lucha Contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes, Comisión de Lucha Contra la Hidatidosis y Comisión Nacional del Discapacitado.

En lo que hace la promoción de la salud, el proyecto Salud Uruguay 2010 fue lanzado en el Edificio Libertad, de la Presidencia de la República, el 18 de octubre de 2001. Contribuye al desarrollo de la estrategia de promoción de la salud en el ámbito nacional, favoreciendo e instrumentando instancias de participación comunitaria efectivas. Se propone lograr una política de estado en salud, que mediante la coordinación del accionar de los diferentes sectores permita sustentabilidad y una respuesta eficiente frente a los reales problemas de salud de la población. La estrategia consiste en constituir una coordinación intersectorial que involucre a los actores y sectores pertinentes, construir la matriz de los problemas de la salud nacional, identificando en el espacio intersectorial y con la sociedad civil el orden de prioridad de los problemas de salud a nivel local. Esta Administración ha puesto especial énfasis en la instrumentación de una agenda común en salud, estableciendo objetivos y metas en relación con los problemas prioritarios seleccionados y definiendo los indicadores que permitan identificar la línea de base y medir la evolución de los problemas prioritarios en forma continua. Ello permitirá desarrollar un Plan Nacional de Promoción de Salud dinámico con metas renovables cada diez años y ajustables durante la propia marcha.

(Campana de orden)

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. García Costa).- Señora Senadora Arismendi: le ruego que vuelva a su lugar.

Usted sabe que ese no es el procedimiento normal. Le rogamos que vuelva a su lugar. Esta no es manera de interrumpir. Usted hará uso de la palabra cuando le corresponda.

SEÑORA ARISMENDI.- El señor Ministro tiene que contestar las preguntas.

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. García Costa).- Puede continuar el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR GALLINAL.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO.- Señor Presidente: con las disculpas del caso, anuncié que no voy a permitir interrupciones para continuar con el hilo conductor de mi exposición.

Por resolución del Ministerio de Salud Pública y del CODICEN, se constituyó un grupo de trabajo entre técnicos de ambas instituciones, que están elaborando una propuesta sobre acciones de promoción de salud en los ámbitos educativos de todos los niveles. Esto constituye una señal clara de las autoridades del interés de trabajar en un plan común para la implementación de la estrategia de instituciones educativas saludables, así como un proyecto de promoción de salud en adolescentes desde la educación secundaria. En este contexto, en el interior del país, en la región centro -Durazno, Flores y Florida- se ha implementado actividades de promoción de salud, teniendo en cuenta las prioridades identificadas a nivel local.

El Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo, impulsado por la Presidencia de la República y financiado por el BID para mejorar la calidad de vida de esta población en riesgo social, participa activamente en el subcomponente de Prevención de Embarazo Adolescente. Asimismo, se han coordinado actividades con el componente de salud del Plan CAIF, fomentando los hábitos saludables de vida y abordando, entre otros temas, la promoción de la lactancia materna, el ejercicio físico y la alimentación saludable. Se ha priorizado el trabajo a través de redes, involucrando las distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en el abordaje de los temas de promoción, Red de la Juventud y Alianza Contra el Tabaquismo.

Areas programáticas. Con el propósito de consolidar áreas poblacionales para el desarrollo de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, hemos realizado una organización funcional de los Programas prioritarios orientados a cuatro grandes grupos: Mujer - Niñez, Adolescencia - Juventud, Adultos y Adultos Mayores.

Mujer - Niñez. Esta Administración, por primera vez en la historia, reconoce a la mujer, desde el ámbito de la salud, como un ser humano pleno de derechos y no sólo como merecedora de los mismos, en tanto sea madre o esté embarazada. Con esta nueva visión, se amplía el alcance del Programa Materno Infantil, el cual se encargaba de la salud de las mujeres, exclusivamente, durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por resolución ministerial, se organizó un área programática "Mujer - Niñez", focalizando la salud de las mujeres y de los niños y niñas durante todo su ciclo vital. Esta área de salud de la mujer se propone contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de las mujeres y disminuir la mortalidad evitable en todas las etapas de su vida, contemplando los aspectos relacionados con la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de la salud. Para cumplir con este propósito, el Ministerio de Salud Pública instauró un enfoque en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de equidad y género. Por primera vez en este país, el 8 de marzo de 2001 se promueve el acceso universal y gratuito a la consejería de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos, brindando consejería a las mujeres y a sus familias para que puedan decidir cuál es el momento oportuno para tener un hijo o no. Por esta razón, el Ministerio de Salud Pública brinda en forma contínua una gran variedad de métodos anticonceptivos de excelente calidad, en forma gratuita, a todas sus usuarias, registrándose mes tras mes un aumento sostenido de la demanda, que en este momento se aproxima a las 50.000 beneficiarias. Este Programa ha distribuido, en el año 2002, 280.000 preservativos, en relación con los 120.000 repartidos en el 2001, lo que significa un aumento del 130%. Se han colocado 6.000 dispositivos intrauterinos, con relación a los 2.500 del año anterior, lo que representa un aumento del 140%. También se han utilizado otros métodos anticonceptivos, como por ejemplo los anticonceptivos orales, inyectables, etcétera, en 105.000 ciclos en el año 2002, en relación a 60.000 en el año 2001, lo que representa un incremento del 75%. Esto constituye el primer sustento para evitar los embarazos no deseados, evitando con esto y en forma preventiva, las situaciones de posible aborto voluntario y garantiza, por primera vez, el cumplimiento, desde el Estado, de los compromisos adquiridos en las Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo de El Cairo, de 1994; la Cumbre Mundial para el Desarrollo de Copenhague de 1995 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995. En el presente año, y luego de las acciones desarrolladas, se ha conseguido descender la mortalidad materna en un 16%, en relación al año 2001. También se ha logrado una marcada disminución de mortalidad materna a causa del aborto provocado que alcanza al 46% cuando se la compara con el año 2001. Se recordará que tuvo gran trascendencia el hecho de que en el centro hospitalario Pereira Rossell, la mortalidad materna por aborto fue, en el 2001, de 7 casos.

Afortunadamente, podemos decir que como resultado de las acciones realizadas desde los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, la mortalidad materna en el centro hospitalario Pereira Rossell cayó a tres casos.

La coordinación intra e interinstitucional ha sido una estrategia válida para optimizar los recursos disponibles.

Ejemplo de ello son los compromisos para mantener los servicios de salud reproductiva entre la Dirección General de la Salud y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con las Intendencias, con la Universidad de la República y con la sociedad civil organizada.

Es de destacar, en el Programa de Salud Integral de la Mujer, la coordinación con MYSU -organización no gubernamental Mujer y Salud-, que ha permitido evaluar la calidad de las prestaciones que se están brindando en nuestros servicios, facilitar los mecanismos para la mejora continua de la calidad de la atención, y contribuir a ponderar, por parte de nuestras usuarias, sus derechos.

El jueves próximo pasado, se realizó un seminario con la finalidad de presentar los resultados del relevamiento sobre servicios públicos en salud reproductiva en todo el país; identificar las fortalezas y debilidades de los servicios para su implementación y definir acciones para mejorar la calidad de esos servicios. Se presentó la Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva, elaborada por MYSU, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y con el apoyo del PNUD.

Es de destacar la coordinación con la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer en el desarrollo de actividades preventivas en cáncer genital femenino, cérvico-uterino y de mama en el Uruguay. El Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino fue creado con el propósito de disminuir la incidencia y la mortalidad por este cáncer, así como conocer la prevalencia del cáncer invasor y sus lesiones precursoras en las mujeres uruguayas. El Programa abarca los departamentos de Montevideo, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Maldonado, Paysandú, Río Negro, Rivera, Rocha, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres, y su metodología consiste en la motivación para la realización del examen de mujeres que provengan de medios ecónomico-culturales bajos y hayan tenido relaciones sexuales, así como de usuarios de los servicios de Salud Pública. Esta motivación se realiza a través de asistentes sociales y movilizadores comunitarios en diferentes zonas de Montevideo e interior, en escuelas públicas, comedores, organizaciones sociales de mujeres, etcétera, explicando a la población el objetivo y la importancia del cuidado de la salud y poniéndose énfasis en el autoexamen de mama, el no consumo de tabaco y el control médico periódico para la realización de Papanicolaou. Este Programa se basa en la colpocitología oncológica, o Test de Papanicolaou, que ha demostrado eficacia en la disminución de la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino y de la mortalidad por esta localización, previendo la derivación de los casos positivos a policlínicas para diagnóstico y posterior tratamiento en las clínicas ginecotológicas de los Hospitales Pereira Rossell y Clínicas, o centros departamentales del interior del país.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama fue creado con el objeto de detectar este cáncer en estadios iniciales de desarrollo reduciendo, de modo significativo, la mortalidad en la población, aumentando la expectativa de vida al obtener diagnósticos más precoces, consiguiendo la curación de mayor número de pacientes y ofreciendo un tratamiento menos agresivo que si la enfermedad estuviera avanzada. El mismo se apoya en la primordial actividad de concientización de la población femenina en edad de riesgo, sobre la conveniencia de realizar exámenes periódicos de mama. La implementación de las acciones comprendidas en este Programa se realiza con la intervención de los Centros Departamentales, las Direcciones Departamentales de Salud, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y las Intendencias Municipales, con quienes se ha planteado una estrecha cooperación en información, vigilancia, disposición de recursos humanos e infraestructura, tendientes a llevar a la práctica las campañas de mamografía.

Como se adelantó, la puesta en funcionamiento de las actividades comprendidas en el Programa de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer implica la formalización de acuerdos institucionales sobre las siguientes bases: instalación de equipos de mamografía, preferentemente en los Centros Departamentales de Salud de todo el país; instalación de equipos de mamografía, subsidiariamente, en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el interior del país; suministro de placas radiográficas destinadas a usuarias del Ministerio de Salud Pública; otorgamiento de subvención para atender eficazmente las actividades que demandan las unidades mamográficas que se crean; inmediata puesta en funcionamiento del equipo y promoción de los servicios ofrecidos; relevamiento sistematizado de la información con miras a la atención de las patologías detectadas, su seguimiento y vigilancia epidemiológica.

Esta Administración diseñó, en conjunto con la Unidad Técnica Nacional de la Secretaría de la Presidencia de la República, y será coejecutora, a partir del próximo mes de enero, del programa que se extenderá por cuatro años -con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo- llamado Modelo Integral de Prevención y Atención del Embarazo Adolescente.

En cuanto a la salud de los niños, podemos decir que la mortalidad infantil continúa descendiendo en su tendencia secular y esto ha sido producto de una política continua de acciones priorizadas por las distintas administraciones en el área materno infantil. Han contribuido a este proceso las políticas de educación que este país adoptó desde sus inicios, el desarrollo social que ha alcanzado, la extensión del saneamiento, la universalización de los programas de vacunación y la existencia de servicios de salud accesible. El Ministerio de Salud Pública ha tenido como meta fundamental conocer las principales causas de muerte en los niños; una vez identificadas, se profundizó en determinar cuáles son las causas de mortalidad evitables. Hoy, podemos afirmar que el principal componente de la mortalidad infantil está dado en el período neonatal, es decir, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

Esta Administración ha implementado los cometidos encomendados en el Decreto Nº 165/01, Registro Obligato-

rio de los Recién Nacidos Vivos con Peso Menor a 1.500 gramos, completando -por primera vez este año-, un registro de todos los niños de mayor riesgo, tanto del sector público como del privado, a nivel de todo el territorio nacional. Se trata del primer banco de datos de un país en desarrollo, que permitirá evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud neonatal, pudiéndose comparar internamente, institución a institución, en el propio país y comparar nuestros resultados con otros países. Este Registro, creado a nivel del Ministerio de Salud Pública, ha sido considerado en forma eficaz para registrar los nacimientos de todos los niños con peso menor a 1.500 gramos en todo el país y ha logrado la adhesión y el consenso de todos los ámbitos, tanto profesionales, académicos, como asistenciales. De hecho, hace pocos días se expedían favorablemente sobre el Registro los principales expertos nacionales en el tema, nucleados por la Asociación Uruguaya de Perinatología presidida por el ex-Ministro de Salud Pública, doctor Raúl Bustos, Profesor Grado 5 de Perinatología, la Fundación Alvarez Caldeyro y expertos internacionales de varios países.

Hablemos ahora sobre el Carné de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño. El carné de salud del niño, instrumento creado por la Ley Nº 14.582, modificada por la Ordenanza Nº 25/87, es un documento atractivo que juega el papel de un pasaporte dentro del sistema de los servicios de salud, y la madre puede presentarlo en cualquier establecimiento a donde acuda a controlar a su hijo. Es un instrumento compartido entre el servicio de salud y la familia, que permite la vigilancia del crecimiento y desarrollo de nuestros niños, desde el nacimiento hasta los cinco años de vida, así como detectar precozmente tendencias y registrar el cumplimiento de la vacunación. El mismo tiene como eje central la gráfica de crecimiento, la maduración, el registro de la morbilidad, siendo un instrumento que contribuye, en forma significativa, a la mejora de la calidad de vida de nuestra población infantil.

Es especial preocupación de esta Administración considerar, para el desarrollo de políticas sanitarias, a las personas con capacidades diferentes. A instancias de la señora Decana de la Facultad de Medicina, profesora Ana María Ferrari, contactamos con un equipo de residentes de pediatría que estaba trabajando en la elaboración de un Carné de Control para los Niños Portadores del Síndrome de Down. La elaboración de este carné implicó la coordinación de la Facultad de Medicina, la Asociación Down del Uruguay y la Dirección General de la Salud.

El Síndrome de Down es una anomalía congénita que se manifiesta en una alteración del desarrollo regular del cuerpo y del cerebro y le da características morfológicas y funcionales particulares. Se estima que en Uruguay uno de seiscientos o seiscientos cincuenta nacimientos está afectado por dicho síntoma, por lo que se plantea que puedan nacer entre noventa y cien niños Down por año. Esta prevalencia amerita la existencia de un instrumento de registro específico para estos niños y niñas y su implementación en el sector público y privado de atención. Este carné oficia como norma para los cuidados de la salud y uno de sus objetivos es profundizar y ampliar el tema de la promoción de la salud. Será una referencia para las familias, los educadores y las instituciones de asistencia. Además, facilitará la integración en la sociedad, mejorando las oportunidades y contribuyendo a la mejora de su calidad de vida y desempeño global. Contó con el auspicio de la OPS y la OMS y fue financiado por la Asociación Down del Uruguay.

En lo que tiene que ver con la salud cardiovascular, ante todo debemos decir que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el Uruguay. Nuestro país destina el 2% del Producto Bruto Interno -alrededor de U$S 400:000.000- por gastos directos e indirectos generados por estas enfermedades. El Ministerio de Salud Pública coordina acciones con la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Esta cumple tareas esenciales en tres áreas: Epidemiología y Estadística; Educación y Genética. Desde el año l998, se coordina a nivel nacional, desde dicha Comisión y del Ministerio de Salud Pública, la competencia internacional "Déjalo y Gana", que representa, a nivel mundial, la más grande estrategia para motivar a los fumadores a dejar el hábito del tabaquismo. Esta actividad es coordinada por la OMS y en el año 2002 participaron más de 100 países. Se ha demostrado, a través de encuestas nacionales, que más del 20% de los participantes de esta actividad dejan definitivamente dicho hábito. Asimismo, se han implementado acciones con distintas Instituciones -como, por ejemplo, el Banco de Previsión Social, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay, FEMI y organizaciones no gubernamentales- para la realización, en el mes de setiembre de cada año, de la Semana del Corazón, que ha permitido establecer una estrategia de sensibilización, información y conocimiento sobre la temática cardiovascular, que llega anualmente a toda la población.

Cabe agregar que el Ministerio de Salud Pública, a través del Departamento de Coordinación de Regionales de Salud, ha realizado en todo el país diferentes actividades de promoción, educación y cursos de adiestramiento para la resucitación cardiovascular en los departamentos de Montevideo, Tacuarembó, Canelones y Maldonado. En dicha semana participaron más de 175 instituciones públicas y privadas, llevándose a cabo, a nivel nacional, más de 3.500 actividades en pro de la salud cardiovascular, con cuyo impacto directo estimado se llegó a más de 1:000.000 de personas. Teniendo en cuenta que en el Uruguay se producen entre 5.000 y 6.000 muertes súbitas, la Comisión Honoraria lleva a cabo, con el Departamento de Cardiología de la Facultad de Medicina, un programa de cursos de resucitación cardiovascular básica y avanzada, habiéndose dictado, en el presente año, cursos a practicantes internos, médicos y enfermeros sin costo para el alumno de Montevideo, Canelones y Tacuarembó, así como también para funcionarios de los sectores públicos y privados.

En cuanto al tabaquismo, diremos que es la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Es considerado un problema de salud pública debido a su alta incidencia y a

sus repercusiones, no sólo en lo individual sino también en lo colectivo. En razón de ello, la OMS convocó a la comunidad internacional a participar en la negociación de un instrumento de alcance mundial para enfrentar el problema del consumo de tabaco. La discusión de dicho instrumento se desarrolla en el órgano de negociación intergubernamental, sobre el Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la OMS, el cual se ha reunido en varias oportunidades, habiéndose contado con la participación de todos los estados miembros. De este modo, se tendrá el primer texto de alcance mundial, cuyo propósito es impulsar acciones para reducir el consumo de tabaco y proteger a los no fumadores, así como también promover la cooperación internacional para hacer más efectiva la lucha antitabáquica. La finalidad, entonces, es asignar prioridad a minimizar los perjuicios sobre la salud pública, por encima de criterios de tipo fiscal, económico o comercial, para garantizar la mayor efectividad de la lucha antitabáquica.

Cabe acotar que nuestro país y el Ministerio de Salud Pública no han estado ausentes en las negociaciones que hemos señalado. De hecho, se han mantenido reuniones de coordinación con la Alianza Nacional para el Control del Tabaquismo, entidad de carácter nacional que integra los actores y sectores vinculados a la temática, con la finalidad de consensuar la posición nacional, tanto en las instancias negociadoras regionales como en el ámbito internacional. Teniendo en consideración la posición elaborada por la Alianza y el apoyo de distintas sociedades científicas y gremiales, entre las que destacamos el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Análisis de la Conducta, la Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica y la Sociedad de Pediatría, nuestro país apoyó la prohibición de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio, así como la inclusión de advertencias sanitarias cubriendo, por lo menos, el 50% de la superficie del paquete, conteniendo necesariamente imágenes para comunicar el riesgo de manera visual e impactante. Asimismo, se acordó dar prioridad a la salud por encima del Derecho Comercial, evitar afirmaciones desorientadoras a través de la utilización de términos como “ultralight” “ligth”, etcétera.

Con respecto a las medidas relativas a la reducción de la demanda de tabaco, se consideró que el precio debe mantenerse en el nivel de impuesto que tiene actualmente, es decir, un 70% del precio, estando dentro del rango de utilidad OPS, OMS, 60% a 80%. En cuanto al empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, Uruguay adhirió a lo planteado a nivel internacional. A iniciativa de nuestro Ministerio, se está trabajando en una propuesta para ampliar la advertencia sanitaria, utilizando el 50% del tamaño del paquete de cigarrillos. Nuestra estrategia se basa en proteger el derecho de los consumidores a estar informados de todos los riesgos del producto del tabaco, permitiendo una toma de decisión basada en la información. El enfoque propuesto es ampliamente aceptado y existe un gran número de países que ya lo están aplicando de manera eficaz. Alrededor de 5.400 uruguayos mueren cada año debido al consumo de tabaco. El próximo mes de enero, se desarrollará en Ginebra la última reunión del Organismo Intergubernamental de Negociación, donde Uruguay reiterará su posición.

En lo que refiere al tema de los accidentes, señalamos que el objetivo del programa es disminuir el índice de morbilidad y mortalidad por accidentes en nuestro país, mediante acciones de promoción y prevención, con especial énfasis en las poblaciones de mayor riesgo. Ante la prevalencia de accidentes de tránsito en nuestro país, que ocupan el primer lugar como causa de muerte en la población joven, se ha puesto énfasis en los mismos mediante una estrategia de coordinación intersectorial a través de la Comisión Nacional de Prevención de Accidentes, creada por ley en setiembre de l994, participando en las Subcomisiones de Salud, Relaciones Públicas, Estadística y Educación.

Como principal logro, se destaca la aprobación, el 14 de mayo de 2002, del decreto que obliga a la declaración en un registro, de todo lesionado o fallecido como consecuencia de accidentes de tránsito. Se ha venido desarrollando en forma continua la capacitación del personal del Ministerio del Interior en el manejo de la espirometría, los riesgos del alcohol y sus consecuencias. El Ministerio de Salud Pública y la Dirección Nacional de Policía Caminera crearon un carné de identificación para dosificación de alcohol en aire espirado. En esta Administración se ha ampliado el abordaje de la temática, incluyendo la prevención de accidentes en general, con especial énfasis en los que ocurren en el hogar.

El Programa Nacional de SIDA ha obtenido los siguientes logros: tamizaje del 100% de la sangre y hemoderivados desde 1988; aumento de la venta de preservativos de 4:000.000, en 1994, a 17:000.000 en 2001; el 90% de la población conoce lo que es el SIDA, cómo se trasmite y cómo se previene; cobertura del 100% de la terapia antirretroviral, triple plan, en todos los enfermos de SIDA a quienes se les indica tratamiento, desde 1996 a la fecha, sin interrupciones; disminución de la letalidad de los enfermos de SIDA en un 30%; disminución de la trasmisión vertical de VIH de la madre a su hijo, de un 50% en 1996, al 2% en 2002; creación del Fondo Nacional de Lucha contra el SIDA, a través de la Ley de Presupuesto Nacional Nº 17.296, del año 2000, con el 1% de todos los seguros que se realizan en el país y el 5% de los pases de los futbolistas. Cabe destacar que dicho Fondo financia el 60% del costo de los medicamentos antirretrovirales, mientras que el Ministerio de Salud Pública asume el 40% restante. Desde que finalizó la Administración Sanguinetti, en 1999, no se hacían campañas publicitarias de prevención de SIDA. Este año se desarrolló por radio y televisión la campaña de bien público “Hablar de SIDA es prevenir”, que tuvo como tema principal la no discriminación, la información y la educación para prevenir el contagio. El costo de la campaña en televisión solamente ascendió a U$S 146.889, que fue totalmente donado por los productores, actores y medios de comunicación. Cabe señalar que se entregaron 170.000 preservativos a nivel nacional. Existen cuatro centros de referencia para el tratamiento y seguimiento del paciente.

SEÑOR RIESGO.- Pido la palabra para una moción de orden.

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. Guillermo García Costa).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR RIESGO.- Solicito un cuarto intermedio de 15 minutos.

SEÑOR PRESIDENTE (Dr. Guillermo García Costa).- Se va a votar.

(Se vota:)

- 23 en 25. **Afirmativa.**

El Senado pasa a cuarto intermedio por 15 minutos.

(Así se hace. Es la hora 20 y 43 minutos)

(Ocupa la Presidencia el señor Luis Hierro López)

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, se reanuda la sesión.

(Así se hace. Es la hora 21 y 18 minutos)

7) ASUNTO ENTRADO FUERA DE HORA

SEÑOR PRESIDENTE.- Dése cuenta de un asunto entrado fuera de hora.

(Se da del siguiente:)

"La Cámara de Representantes remite, con sanción, un proyecto de ley por el que se protege el derecho de autor y derechos conexos".
-A LA COMISIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA."

8) SITUACION DE LA SALUD EN LOS AMBITOS PUBLICO Y PRIVADO Y POLITICAS IMPLEMENTADAS POR EL PODER EJECUTIVO EN EL AREA DE LA SALUD

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase una moción llegada a la Mesa.

(Se lee:)

"La totalidad de señoras Senadoras y señores Senadores integrantes de la Bancada Encuentro Progresista - Frente Amplio presentan la siguiente moción: De conformidad con el artículo 147, inciso segundo de la Constitución, presentamos una moción de censura respecto del señor Ministro de Salud Pública, por lo cual deberá convocarse a una sesión especial del Senado que proponemos sea para el día 3 de enero de 2003 a la hora 16."

SEÑOR PRESIDENTE.- Oportunamente, tomaremos la resolución que corresponda.

SEÑOR BRAUSE.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR KORZENIAK.- Pido la palabra para referirme a la moción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes, ha llegado a la Mesa una moción de cuarto intermedio.

(Campana de orden)

SEÑOR KORZENIAK.- Se trata de una cuestión de orden, señor Presidente...

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, señor Senador, es una moción de orden que interrumpe el debate. No vamos a entrar a discutir sobre el procedimiento, para lo cual tendremos mucho tiempo.

(Campana de orden)

Tiene la palabra el señor Senador Brause.

SEÑOR BRAUSE.- Es realmente inusual, señor Presidente, que pasen estas cosas cuando estamos escuchando las respuestas del señor Ministro a los planteos formulados por la señora Senadora interpelante quien, además, habló alrededor de dos horas y media y el señor Ministro todavía no ha completado su exposición. Teniendo en cuenta el número de preguntas -que supera las 80- para poder completar las interrogantes y que el señor Ministro tenga la oportunidad de responderlas, solicitamos que el cuarto intermedio se extienda por diez minutos más.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción de orden, que no tiene discusión.

No discutamos ahora sobre cuestiones de procedimiento.
(Campana de orden)

SEÑOR KORZENIAK.- Eso no se vota, señor Presidente, está en la Constitución.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se vota, tampoco tiene discusión.

SEÑOR KORZENIAK.- Se debe fijar la fecha.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a ver si se fija la fecha; dentro de 48 horas, es posible que sea el día jueves. Entonces, ¿para qué vamos a discutir aspectos de procedimiento? Discutamos las cuestiones principales.

Se va a votar la moción de orden formulada por el señor Senador Brause.

SEÑOR KORZENIAK.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR KORZENIAK.- Señor Presidente: el inciso 2º del artículo 147 de la Constitución que está citado en la moción de orden, dice que cuando se presenten mociones en tal sentido -se trata de la moción de censura- la Cámara en la cual se formule será especialmente convocada, con un término no inferior a 48 horas para resolver sobre su curso. Presentada esa moción -que lo fue y antes de la moción de orden del señor Senador Brause- la Mesa debe fijar una fecha de 48 horas en adelante. Allí hay una sugerencia, pero la Mesa puede elegir otro día. Luego de eso, se plantea una moción de orden que con mucho gusto discutiremos y votaremos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Consulto al señor Senador Korzeniak si desea que la Presidencia fije ahora la fecha, antes de que se consulte a los coordinadores.

SEÑOR KORZENIAK.- Así es, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- En ese caso, el Senado queda convocado para el día jueves próximo, a las 22 horas.

SEÑOR BRAUSE.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR BRAUSE.- Señor Presidente: la moción de orden ha sido debidamente formulada. Por tanto, y a los efectos de darle la oportunidad al señor Ministro de poder responder a todas las preguntas que le han sido formuladas por parte de la señora Senadora interpelante, solicitamos un cuarto intermedio de diez minutos más.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora Senadora.

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: nos parece que todo esto se está convirtiendo realmente en una cosa muy poco seria. Hemos presentado esta moción, porque hemos escuchado durante mucho tiempo exposiciones que no tienen nada que ver con el motivo de la convocatoria. Los temas son lo suficientemente graves como para responder y el hecho de que las preguntas sean numerosas no indican la complejidad, sino que realmente están agrupadas de tal manera que se facilite la respuesta del señor Ministro.

Planteamos esta interpelación el día 4 de diciembre; no somos responsables. Es más; usted sabe muy bien que en todo momento dijimos que era inaceptable que se postergara este tema en función de los otros asuntos parlamentarios que estaban planteados, sin negar la importancia de todos ellos.

Por lo tanto, creemos que se le ha faltado el respeto al Senado en el día de hoy al hablar de cosas que no están planteadas en esta interpelación.

(Campana de orden)

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a ver si podemos conducir, entre todos, este asunto.

(Dialogados - Campana de orden)

- Tiene la palabra la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Gracias, señor Presidente.

No podemos seguir tratando al Senado y al Parlamento en la forma en que se lo está haciendo. Nosotros exhortamos a la responsabilidad política. Acá vinimos a plantear un tema de interés público como es el de la salud. Está grave; está en una situación absolutamente caótica y se nos tomó el pelo durante más de dos horas, planteándonos la memoria anual. Nosotros hemos reclamado, en esta materia, sistemáticamente una respuesta oportuna y seria del señor Ministro, quien no es la primera vez que tiene este tipo de conducta, que también ha tenido con relación a citaciones a la Comisión de Salud Pública del Senado, de lo cual puedo dar fe. Creemos que se debió haber remitido a las preguntas y no a un extenso debate o exposición, planteando un montón de temas que no venían al caso. La Mesa no exhortó en el sentido de que el Ministro estaba fuera de tema; es cierto, puede hacer un debate durante el tiempo que quiera, pero no sobre los temas que él quiera. No estamos hablando de cualquier cosa, sino del tema de la salud; estamos hablando y reivindicando que este Senado sea tratado en la forma responsable en que debe serlo. Nosotros somos una Bancada que merece tanto respeto como las demás; así que este tema, el de la importancia que tiene la materia sanitaria para todos los ciudadanos del país, no puede ser tomado de la forma en que lo fue. Por eso, estamos plantando la moción de censura.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa no entiende que el señor Ministro haya faltado el respeto al Senado. La convocatoria fue enormemente amplia y la exposición de la señora

Senadora Xavier llevó dos horas y media. El señor Ministro se estaba tomando su tiempo, mientras sus asesores estaban preparando las respuestas. Lo único que se ha hecho ahora es solicitar un cuarto intermedio de diez minutos y esto genera una reacción, creo que francamente desmedida.

Hay una moción para convocar al Senado dentro de 48 horas y el Presidente desea estudiar esta moción con los coordinadores.

De no ser así, el Presidente tiene facultades para convocar dicha reunión. Por otra parte, ha llegado a la Mesa una moción de orden para que el Senado pase nuevamente a cuarto intermedio, esta vez por 10 minutos.

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Se ha presentado una moción conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 147 de la Constitución. La propia Carta establece la forma en que se debe dirimir esa temática.

Cuando el señor Senador Korzeniak se refirió a la moción, dijo que él esperaba conocer -no antes de pasar a cuarto intermedio- en estas horas la fecha en que se va a convocar al Senado para tratar esa moción. Me parece que en esto todos estamos de acuerdo porque, además, así lo ordena la propia Constitución. Al mismo tiempo, está la posibilidad de un cuarto intermedio de diez minutos solicitado por el Partido Colorado, a los efectos de acordar con el señor Ministro las respuestas inmediatas a todas las preguntas que le fueron formuladas. Quiere decir que se ha conformado un trámite razonable de la sesión, más allá de las discrepancias que podamos tener con lo anterior, que -parecería- vamos a dar por superado.

En resumen, queremos proponer al señor Presidente que en este cuarto intermedio de diez minutos acuerde, con las demás Bancadas, una fecha para la sesión que contemple las posiciones de todos los partidos políticos. Pediría al señor Presidente que, por el momento, dejara sin efecto la fecha que nos ha marcado, ya que en estos diez minutos podríamos coordinarla entre todos y, luego, volveríamos a Sala para retomar el trámite normal de la sesión de interpelación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Eso es lo que el Presidente intentó hacer, es decir, consultar a los coordinadores respecto a la fecha más adecuada, porque el 3 de enero no sería una fecha adecuada, por lo que, en principio, manejaríamos el día 29.

Se va a votar si el Senado pasa a cuarto intermedio por 10 minutos.

(Se vota:)

- 17 en 27. **Afirmativa.**

El Senado pasa a cuarto intermedio por diez minutos.

(Así se hace. Es la hora 21 y 28 minutos.)

(Vueltos a Sala)

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, se reanuda la sesión.

(Es la hora 21 y 54 minutos)

SEÑOR BRAUSE.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR BRAUSE.- Señor Presidente: debemos confesar que esta ha sido una sesión de interpelación muy inusual, en la que se ha acusado de falta de respeto al señor Ministro por la forma en que comenzó su exposición. Nosotros queremos dejar constancia de que esa acusación es absolutamente inaceptable para el Partido de Gobierno por cuanto, teniendo presente lo amplio del tema por el cual fue convocado el señor Ministro a Sala, se tomó el trabajó de preparar las respuestas, atendiendo la importancia de los temas considerados. Es inusual porque, además, la señora Senadora interpelante se tomó dos horas y media de la sesión de este Senado para leer la exposición que la llevó a convocar al señor Ministro. En esa exposición, formuló alrededor de cien preguntas -no ochenta, como señalé en mi intervención anterior- tal como me lo señala el señor Ministro. A su vez, el señor Ministro todavía no ha tenido oportunidad de contestar y, precisamente, se solicitó el cuarto intermedio, a efectos de preparar las respuestas. Sin embargo, al regreso nos encontramos que aquellos que acusaron de falta de respeto, se la faltaron al Senado de la República presentando la moción de censura antes de darle la oportunidad al señor Ministro de contestar, como corresponde. Eso es falta de respeto al Senado de la República.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la señora Senadora interpelante y toda la Bancada del Frente Amplio, levantado el cuarto intermedio no han regresado a Sala, corresponde, dar por terminada esta interpelación.

Consideramos que el señor Ministro vino muy bien preparado, como corresponde a la seriedad de este Cuerpo, pero no se le ha dado la oportunidad de contestar.

Por lo tanto, habida cuenta de la actitud de la Bancada del Frente Amplio, formulamos moción para dar por terminada esta sesión.

SEÑOR GARCÍA COSTA.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GARCÍA COSTA.- Sin duda, la moción no admite discusión; sin embargo, queremos dejar constancia de que entendemos que el término de esta interpelación ha sido realmente anómalo. Trayendo un poco a la memoria de los señores Senadores lo que dijera el Partido Nacional en oportunidad de votarse la interpelación, recuerdo que señalamos que somos absolutamente conscientes de la gravedad y trascendencia del tema, así como de los problemas que tiene la salud en el país. De todos modos, queríamos conocer aquí, en este ámbito -con todas las posibilidades que el diálogo o, incluso, las diferencias de ideas puedan dar- cuáles eran las razones concretas de la interpelante y qué aporte podía hacer a los conocimientos que, obviamente, ya tenemos los Senadores nacionalistas y nuestra colectividad. De eso obtuvimos una respuesta, pero esperábamos la del señor Ministro que es, naturalmente, la obligación de este Secretario de Estado, así como lo es la de este Cuerpo escucharlo.

La cierto, señor Presidente, es que después de eso, el Partido Nacional pensaba hacer conocer, a través de alguno de los integrantes de su Bancada, cuál es su posición e, incluso, introducir una propuesta concreta. Pensábamos que esto podía servir -antes queríamos escuchar al señor Ministro- a la salud en el país y para la satisfacción de un Partido o del Gobierno. Lamentablemente, esto no se ha hecho; lo deploramos vivamente y confiamos en que circunstancias como ésta, en la que se promueve una interpelación y simultáneamente se pide la aplicación del artículo 147 sin solución de continuidad, no se repitan.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción presentada por el señor Senador Brause.

(Se vota:)

- 17 en 17. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Con anterioridad, el señor Presidente había anunciado que el Senado estaba convocado para el jueves a las 22 horas, pero hubo una confusión pues pensábamos que hoy era martes. Tras una consulta que realizamos con los coordinadores, advertimos que el tiempo constitucional está contemplado y, por lo tanto, el Senado queda convocado para el día jueves, a la hora 16.

9) SE LEVANTA LA SESION

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Así se hace a la hora 22, presidiendo el señor **Hierro López** y estando presentes los señores Senadores **Antonaccio, Barrios Tassano, Brause, Correa Freitas, de Boismenu, Gallinal, Garat, García Costa, Heber, Herrera, Millor, Pereyra, Pou, Riesgo, Sanabria** y **Scarpa.**)

SEÑOR LUIS HIERRO LOPEZ
Presidente

Sr. Mario Farachio
Arq. Hugo Rodríguez Filippini
Secretarios

Sr. Freddy A. Massimino
Director General del Cuerpo de Taquígrafos

Corrección y Control
División Publicaciones del Senado

Dep. Legal Nº 211.038/02 - Central de Impresiones Ltda.